M 3477 FX

blätter des iz3w

informationszentrum dritte welt - iz3w



Gesundheit und Arzneimittel in der Dritten Welt

NACHRICHTEN UND BERICHTE ZU:

Nr. 97 November 1981 DM 4,00

impressum blätter des iz3w

herausgegeben vom Informationszentrum Dritte Welt, Postfach 5328, Kronenstr. 16, (Hinterhaus), D-7800 Freiburg i. Breisgau. Telefon: 0761 - 74003. Bürozeiten. Mo-Fr. 10 - 12 und 15 - 18 Uhr.

Zusammengestellt von: Julia Ballot, Roland Beckert, Birgit Bender, Wolfgang Beyer, Gerhard Braun, Alexander Bruder, Florence Buchmann, Georg Cremer, Dagmar Engels, Benedikt Fehr, André Guerrini, Walter Hättig, Stefan Helming, Uli Kieser, Christopher Knauth, Werner Kobe, Bettina Kocher, Volker Krempin, Elisabeth Lauck, Helga Lorenz, Helga Maier, Mechtild Maurer, Bernhard Merk, Wolfram Mikuteit, Hein Möhlenkamp, Christian Neven du-Mont, Mariele Pelster, Horst Pöttker, Dominique Prodel, Raili Salmela, Peter Schmid, Dieter Seifried, Albert Sommerfeld, Hartmut Stüwe, Wilfried Telkämpfer, Beate Thill, Barbara Unmüßig, Georg Wacker, Gottfried Wellmer, Hildegard Wenzler, Jörg Wetterich.

Redaktionsschluß der nächsten Ausgabe Nr. 98: **24. November 1981**
Bei Einsendung von Artikeln beachten Sie bitte folgende Angaben:
Manuskripte sollten mit der Schreibmaschine geschrieben sein, mit 2-zeiligem Abstand, 40 Anschläge und 30 Zeilen. Artikellänge: höchstens 15 Manuskript-Seiten.

Druck: SOAK Hannover, Tel. 0511/17618

Jahresabonnement (8 Ausgaben) im In- und Ausland: DM 35,– (für Rentner, Arbeitslose, Schüler, Studenten, Wehr- und Zivildienstleistende, sowie andere einkommensschwache Gruppen nach Selbsteinschätzung: 25,– DM).

Schweiz: SFR 35,– (bzw. 25,–)
Österreich: ÖS 260. (bzw. 190)
Luftpostabonnements:
Europa: 44,60 DM (bzw. 34,60 DM)
Afrika, Nord- und Mittelamerika, Nahost und Südasien: 52,60 DM (bzw. 42,60 DM),
Südamerika, Südostasien, Fernost: 59,– DM (bzw. 49,– DM)
Australien, Südpazifik: 65,40 DM (bzw. 55,40 DM).

Einzelpreis: **DM / SFR 4,– // ÖS 30,–**

Konten (Aktion Dritte Welt e.V.):
Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 1482 39-755
Österreichische Postsparkasse Nr. 2377.047
Postscheckkonto Basel Nr. 40-35899.



Nach diesem Eigentumsvorbehalt ist die Zeitschrift solange Eigentum des Absenders, bis sie dem Gefangenen persönlich ausgehändigt worden ist. Zur-Habe-Nahme ist keine persönliche Aushändigung im Sinne des Vorbehalts. Wird die Zeitschrift dem Gefangenen nicht persönlich ausgehändigt, ist sie dem Absender mit dem Grund der Nichtaushändigung zurückzusenden.

NACHRICHTEN UND BERICHTE



Ost-Timor

Tödliches Schweigen

Als Völkermord qualifizierte das Ständige Völkertribunal die Besatzerpolitik, die die indonesische Regierung auf der von ihr völkerrechtswidrig besetzten Insel Ost-Timor verfolgt. Das Tribunal, dem eine Reihe von kompetenten Staatsrechtlern angehört, untersuchte im Juni 1981 während einer fünftägigen Sitzung in Lissabon die Situation auf der seit 1975 von indonesischen Truppen besetzten Insel. Seit Beginn der Invasion kamen von den schätzungsweise ursprünglich 650000 Inselbewohnern, dem Volk der Maulbere, mindestens 100000 bis 200000 Menschen aufgrund der Kampfhandlungen oder aber aufgrund von kriegsbedingten Hungersnöten und Krankheitsepidemien ums Leben. (Vgl. blätter des iz3w Nr.82, 85 und 90). Nun kann eine erneute Verschärfung der Situation nicht ausgeschlossen werden, denn am 15. April dieses Jahres mußten auch die letzten internationalen Beobachter, Mitarbeiter des Internationalen Roten Kreuz und anderer Hilfsorganisationen, die Insel wieder verlassen (vgl. Liberation 22.6.1981). Wie schon zur Zeit des Höhepunkts des Ost-Timor-Kriegs ist die Insel damit von jeglicher unkontrollierten Außenverbindung abgeschlossen; seinerzeit hatten die indonesischen Militärs diesen »Freiraum« benutzt, um unter Ausschluß der Weltöffentlichkeit ihren rücksichtslosen Krieg gegen die gesamte Bevölkerung Ost-Timors zu führen. Auch Anfang 1981 waren auf der besetzten Insel noch 18000 indonesische Soldaten stationiert (vgl. Liberation s.o.).

In den westlichen Medien ist die Berichterstattung über Ost-Timor so gut wie völlig unterblieben. Nicht einmal die neue faktische Nachrichtensperre aufgrund der Ausweisung der letzten Rotkreuz-Mitarbeiter war der »freien« Presse eine Meldung wert — oder gar ein Anlaß, die Politik der indonesischen Militärregierung gegenüber Ost-Timor zu untersuchen. Dabei hat die Vollversammlung der Vereinten Nationen noch im November 1980 das Recht der Maulbere auf Selbstbestimmung und Unabhängigkeit bestätigt. Nachdem der Befreiungskampf der Maulbere — der der westlichen Presse bisweilen noch für Notizen gut war — zerschlagen worden zu sein scheint, ist das Volk der Maulbere nun umso mehr auf den Druck der Weltöffentlichkeit zur Durchsetzung seiner von der Völkerversammlung bestätigten Rechte angewiesen. Doch die westliche Presse geht der Taktik der indonesischen Regierung, alle Verbindungen zu Ost-Timor die Basis zu entziehen, voll auf den Leim: Ost-Timor wird so buchstäblich totgeschwiegen.

Anläßlich des Tribunals in Lissabon wurden jedoch auch Hoffnungen auf eine Stärkung im Kampf Ost-Timors um Unabhängigkeit und Selbstbestimmung auf internationaler Ebene geäußert. Im letzten Jahr hatte sich Brasilien bei der Erörterung der Ost-Timor-Frage in der UNO an die Spitze der portugiesisch-sprachigen Länder gesetzt und Ost-Timors Rechte vor der Völkersammlung vertreten. Der erhoffte Einfluß auf andere südamerikanische Staaten war jedoch offensichtlich noch ausgeblieben. In diesem Jahr setzen die diplomatischen Vertreter Ost-Timors auf die neue sozialistische Regierung in Frankreich, da diese den Einsatz für die unterdrückten Völker in der Dritten Welt zu einem der Schwerpunkte ihres Programms erklärt hat. Unter Giscard hatte Frankreich wie viele andere Industrieländer Rüstungsgüter an die indonesische Regierung geliefert sowie das Regime durch Entwicklungshilfe jährlich zwei Milliarden Dollar, vgl.Liberation s.o. massiv gestützt. Der Verteidigungsminister der ost-timoresischen Befreiungsbewegung FRETILIN, R. LOBATO, äußerte sich in einem Interview zuversichtlich, daß die französische Regierung ähnlich wie gegenüber Südafrika alle Waffenlieferungen an Indonesien unterbinden und Partei für die Sache Ost-Timors ergreifen werde. Denn als die sozialistische Partei in Frankreich noch in der Opposition war, hatte sie sich mehrmals für das Recht der Maulbere auf Selbstbestimmung stark gemacht. — Ende Juli lag noch keine Stellungnahme der sozialistischen Regierung in Frankreich zum Ost-Timor-Problem vor. Neuere Informationen liegen der Redaktion zur Zeit nicht vor.

bef

Quellen: Liberation 22/24 und 26. Juni 81; Die Neue 10.7.81)

ADRESSENÄNDERUNGEN

Wir bitten die Abonnenten, uns Adressenänderungen rechtzeitig – möglichst vor dem Umzug – mitzuteilen.
Bei verspäteter Mitteilung kann das Heft von der Post nicht zugestellt werden, wird aber auch nicht an uns zurückgeschickt. Wir erhalten von dem jeweiligen Exemplar nur den Abschnitt mit der von uns aufgedruckten alten Adresse zurück mit dem Vermerk „Unbekannt verzogen" oder auch mit der neuen Adresse versehen.
Das Heft selbst landet in einem der vielen Papierkörbe der Post.
Für uns beginnt – zusätzlich zu dem Verlust des Heftes – aufwendige und lästige Verwaltungs- und Ermittlungsarbeit mit den unbekannt Verzogenen.
Wir können aus finanziellen Gründen die Hefte bei verspäteter Mitteilung an uns nicht wie bisher kostenlos ersetzen und nachsenden.
Ein anderes Problem, das viel unnötige Arbeit und Ärger bereitet: Anschriften werden oft in unleserlicher Schrift mitgeteilt. Die Folgen: falsch geschriebene Namen und Adressen, nicht zustellbare Hefte usw.
Also unsere große Bitte:

Adressenänderungen rechtzeitig mitteilen und deutlich schreiben, zumindest die Adressen.

Red.

Gambia

Putschversuch gegen die Demokratie?

Der Putschversuch vom 30. 7. 81 hat für kurze Zeit ein Land in die Schlagzeilen der Presse gebracht, von dem neben seiner vielgerühmten demokratischen Stabilität bis dahin nicht viel mehr bekannt war, als daß es die Heimat von Kunta Kinte war, dem legendären Helden der US-Fernsehserie „roots", und daß seine Strände in letzter Zeit ein beliebtes Reiseziel skandinavischer Nacktbader geworden ist.
Tatsächlich aber hat der Putschversuch, der höchstwahrscheinlich erfolgreich gewesen wäre, hätten auf das Ersuchen Präsident Jawares hin nicht senegalesische Truppen eingegriffen, schlagartig deutlich gemacht, daß Gambia weit entfernt davon ist, eine Insel gesellschaftlicher und politischer Harmonie inmitten eines von sozialen und politischen Unruhen erschütterten Kontinents zu sein. Denn in Wirklichkeit hat Gambia, trotz aller bis dahin äußerlich intakten demokratischen Strukturen, unter den gleichen Übeln zu leiden wie das übrige Afrika: einer ungesunden, weil einseitig auf ein Exportprodukt ausgerichteten Wirtschaft; einer Sozialstruktur, die durch eine wachsende Kluft zwischen Stadt und Land gekennzeichnet ist; und schließlich einem politischen System, das nicht viel mehr darstellt als einen Selbstbedienungsladen für die sogenannte „Elite".

Das Land

Gambia ist, mit einer Fläche etwa so groß wie Schleswig - Holstein (ca. 11000 km²) und einer Bevölkerungszahl, die unter der Frankfurts liegt, das kleinste Land Kontinentalafrikas. Etwa 300 km lang schiebt es sich wie ein Keil in das Nachbarland Senegal hinein, von dem es auf allen Seiten — außer an der etwa 80 km langen Atlantikküste — umgeben wird. Im Grunde besteht der Staat Gambia nur aus dem Mündungsgebiet und den beiden Ufern des Flusses Gambia, wobei keiner dieser Uferstreifen breiter als 50 km ist.

Eine absurdere Konstruktion ist sicher kaum denkbar. Denn der Keil Gambia trennt das Wirtschaftsgebiet des Senegal in zwei Teile und schneidet vor alles dessen fruchtbare Südregion, die Gasamance, von der Landeshauptstadt Dakar ab. Umso absurder ist dieses Staatsgebilde, als in beiden Ländern praktisch die gleichen, mehrheitlich muslimischen, Völker leben (hauptsächlich Mandingo, Wolof und Peul).

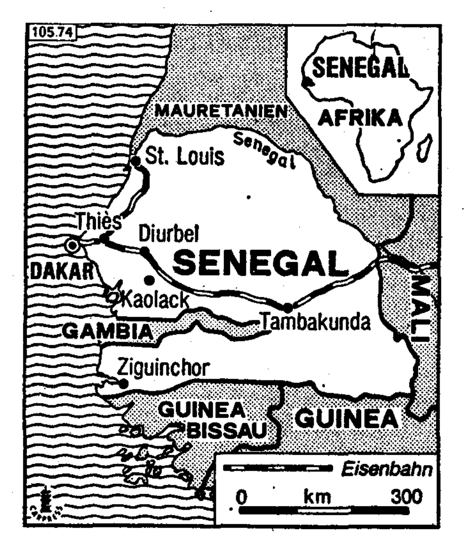
Wie überall in Afrika ist diese widersinnige Grenzziehung eine Folge der Konkurrenz der Kolonialmächte. Weil im 18. Jahrhundert die Franzosen im Norden bereits das Gebiet um den Senegalfluß und im Süden die Casamanca erobert hatten, glaubten die Engländer, sich durch die Besetzung von Mündung und Lauf des Gambia ebenfalls einen Handelsweg in das Innere des Kontinents sichern zu müssen.

Die Wirtschaftsstruktur

Gambia ist ein reines Agrarland. Das bedeutet nicht nur, daß ca. 90% der Bevölkerung auf dem Land leben, sondern vor allem, daß die Exporte ausschließlich aus Agrarprodukten bestehen, wobei ein einziges Produkt, nämlich Erdnüsse, 85 – 89% aller Ausfuhren ausmachen. Die bekannten Folgen einer solchen Monokultur — schwankende Weltmarktpreise und die Abhängigkeit von klimatischen Zufällen — haben sich somit auch in Gambia unangenehm bemerkbar gemacht. So sank die Erdnußproduktion aufgrund anhaltender Trockenheit von 176000 t im Jahre 1976 auf 40000 t im Jahre 1980/81, während der Ausfuhrpreis in den letzten fünf Jahren um 22% gesunken ist.

Eine industrielle Produktion ist, wenn man von einigen erdnußverarbeitenden Betrieben einmal absieht, nicht vorhanden, was vor allem auf den geringen Umfang des Binnenmarktes zurückzuführen ist, aber auch darauf, daß die Mehrzahl der Bevölkerung kaum über ein kaufkräftiges Einkommen verfügt. Das Bruttosozialprodukt betrug 1976 180 Dollar pro Kopf, womit Gambia zu den ärmsten Ländern der Erde gehört.

Einer der wichtigsten „Erwerbszweige", der allerdings in keiner Statistik auftaucht und an dem auch nur die städtischen Eliten teilhaben, ist der Schmuggel. Die Einfuhrzölle für hochwertige Konsumgüter (Hi-Fi-Anlagen, Whisky etc.) sind in Gambia nämlich weitaus geringer als im Senegal. Die Folge ist, daß Gambias Hauptstadt Banjul teilweise einem riesigen Supermarkt gleicht und sich ein stetiger Strom westlichen Konsum-Ramsches über die Grenzen ergießt. Daher erklärt es sich auch, daß Gambias Importe 1978 dreimal so hoch waren wie die Exporte: etwa 70% dieser Importe sind Schmuggelware. In umgekehrter Richtung sind es Erdnüsse, die illegal die Grenze passieren. Denn seit dem Fortfall der französischen Vorzugspreise für senegalesische Erdnüsse im Jahre 1969 sind die staatlichen Aufkaufpreise in Gambia höher als im Senegal. Man schätzt, daß etwa 15% der gesamten Produktion in Wirklichkeit aus geschmuggelten senegalesischen Erdnüssen besteht.



Die Sozialstruktur

Entsprechend der schwachen wirtschaftlichen Basis ist eine klassenmäßige Differenzierung kaum vorhanden. Die Mehrzahl der Bevölkerung besteht aus Kleinbauern, die auch heute noch vorwiegend im Rahmen des Clans oder dörflicher Gemeinschaften produzieren. Die bäuerlichen Produkte werden nicht von privaten Händlern, sondern der staatlichen „Gambia Central Cooperative Banking and Marketing Union" auf- und verkauft. Großgrundbesitz oder Plantagen gibt es nicht.

Gleichwohl ist Gambia nicht frei von sozialen Ungleichheiten. Da ist zum einen das massive Gefälle, das zwischen Hauptstadt und Hinterland hinsichtlich der Versorgung mit Gesundheits- und Bildungseinrichtungen, aber auch hinsichtlich der grundsätzlichen Einkommenssituation besteht. Die wenigen bezahlten Arbeitsplätze, über die Gambia überhaupt verfügt, sind fast ausschließlich in der Hauptstadt zu finden, weshalb das durchschnittliche Einkommen hier etwa viermal so hoch ist wie auf dem Lande. Die Einschulungsquote beträgt in Banjul 80%, gegenüber 20% sonst. Von den 49 Ärzten und 5 (!) Zahnärzten, die es 1978 insgesamt in Gambia gab, praktizierte fast kaum einer auf dem flachen Land.

Neben dieser strukturellen, noch aus der Kolonialzeit herrührenden Ungleichheit gibt es die Kluft zwischen der kleinen städtischen „Elite" und dem Rest der Bevölkerung, sei sie nun städtisch oder ländlich. Diese „Elite" umfaßt die gut verdienenden Beamten und Politiker — ein Minister verdient in einem Monat etwa soviel wie ein Bauer in zehn Jahren — vor allem aber die vornehmlich vom Schmuggelgeschäft lebende städtische Händlerschicht, die, wie auch sonst in Westafrika, zu einem großen Teil aus Libanesen besteht. Die Rolle der Europäer ist demgegenüber hier relativ unbedeutend.

Die Grenzen zwischen Beamten und Politikern einerseits und dieser rudimentären „Handelsbourgeoisie" andererseits sind im übrigen recht fließend. So sind viele Beamte und Politiker, aufgrund ihrer hohen Gehälter mit dem nötigen Startkapital verse-

hen, selbst im Schmuggelgeschäft engagiert. Sogar die Familie des Präsidenten soll darin verwickelt sein, wenngleich Jawaras persönliche Integrität von niemand in Zweifel gezogen wird. Auf der anderen Seite ist die eigentliche „Handelsbourgeoisie" stark auf politische und administrative Protektion angewiesen (Schmiergelder, Export-Import-Lizensen etc.), so daß es sich hier im Grunde nur um zwei verschiedene Fraktionen ein- und derselben „Elite" handelt. Wichtig ist, daß diese „Elite" ihre Grundlagen weniger in der ökonomischen als vielmehr in der politischen Sphäre hat, das heißt sie sich primär über die Inbesitznahme des Staatsapparates konstituiert und nicht über den Besitz an Produktionsmitteln. Man könnte sie daher auch als „politische Klasse" bezeichnen.

Trotz aller sozialen Ungleichheit und Priveligierung der Elite kann man in Gambia indessen nicht von „lateinamerikanischen" Verhältnissen sprechen. *Direkte* Ausbeutungsverhältnisse gibt es praktisch nicht. Die politische Klasse lebt einerseits von den Staatseinnahmen, die zum größten Teil aus indirekten Steuern und Abgaben bestehen und die mit ca. 35 Millionen Dollar im Jahre 1980 den Etat einer deutschen Kleinstadt kaum überschritten haben, und andererseits vom Schmuggel, der aber keine Mehrwertschöpfung zwischen den Klassen eines Landes bedeutet, sondern einen Ressourcentransfer zwischen zwei Volkswirtschaften.

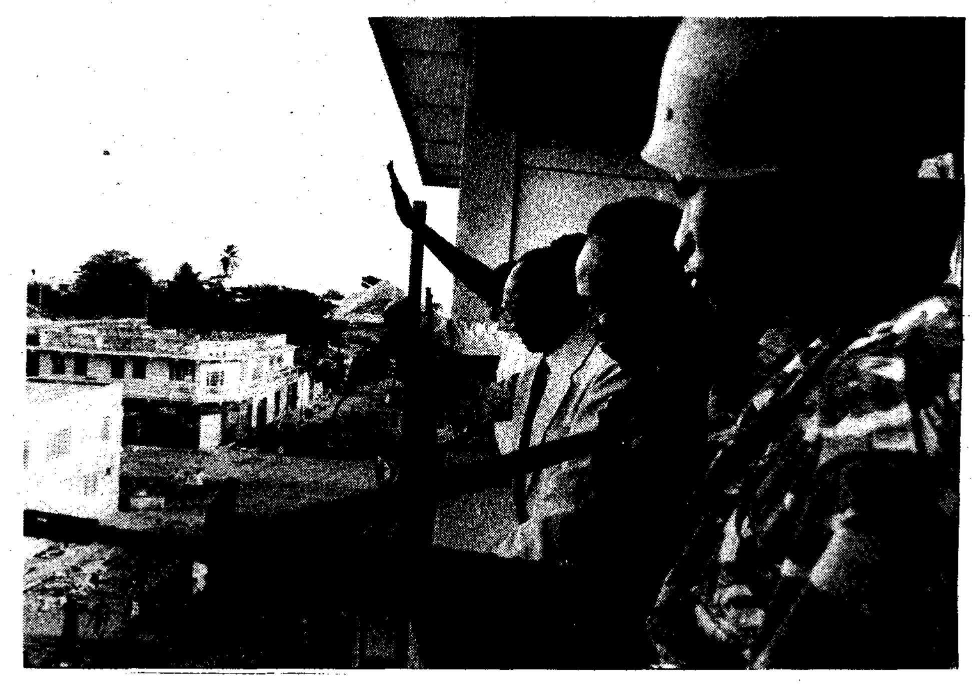
Die politische Struktur

Daß Gambia nicht Lateinamerika oder, um in Afrika zu bleiben, Zaire ist, zeigen auch die politischen Verhältnisse. Denn das Schlagwort vom „Musterknaben der Demokratie" ist zunächst gar nicht einmal so unberechtigt. Immerhin kannte das Land bis jetzt keine politischen Gefangenen, alle seit der Unabhängigkeit gefällten Todesurteile wurden in Haftstrafen umgewandelt, und der repressive Staatsapparat ist relativ klein. Neben der etwa 600 Mann starken Polizei gibt es weder eine Geheimpolizei noch eine Armee im eigentlichen Sinne, sondern nur die paramilitärische „Field Force", eine Art von mobiler Gendarmerie, die ebenfalls nur etwa 600 Mann umfaßt.

Vor allem aber ist Gambia ein Land, dessen seit 1965 amtierender Präsident Jawara nicht nur immer wieder durch Wahlen im Amt bestätigt wurde (zuletzt 1977), sondern, was viel wichtiger und für Afrika äußerst selten ist, es handelte sich hier tatsächlich um „Wahlen", das heißt die Möglichkeit, sich zwischen mehreren Parteien zu entscheiden, und nicht nur um eine jeglichen Inhalts entkleidete Polit-Show im Rahmen einer „Einheits"-Partei.

Dieses für afrikanische Verhältnisse zugegebenermaßen recht liberale politische System sollte allerdings nicht den Eindruck erwecken, als handle es sich hier tatsächlich inhaltlich um eine Demokratie im Sinne einer breit geführten und aktiv von der Bevölkerung getragenen Auseinandersetzung zwischen verschiedenen politischen Überzeugungen.

Denn wenn bisher auch regelmäßig Wahlen abgehalten wurden, so war die Beteiligung daran stets relativ gering, und programmatische Unterschiede zwischen den Parteien bestanden und bestehen so gut wie gar nicht — sofern überhaupt Programme bekannt gegeben werden. Angesichts einer Analphabetenquote von 60% insgesamt und ca. 85% auf dem Lande, der wenig differenzierten Sozialstruktur und des beim Großteil der Bevölkerung daher kaum entwickelten politischen Bewußtseins ist es allerdings auch fraglich, wer für solche Programme überhaupt Interesse aufbringen sollte.



Präsident Jarawa (in weißem Anzug): Rückkehr zur Macht mit Hilfe der senegalesischen Armee

Die Parteien stellen daher eher Mechanismen zur Verteidigung individueller Vorteile dar: politisch-administrative Pfründe für die politische Klasse und — allerdings in weitaus geringerem Umfange — staatliche Leistungen für die lokale Wähler-Klientel des jeweiligen Politikers. Gewählt wird daher in erster Linie die Partei, die ohnehin schon an der Macht ist, einfach weil man sich von ihr die meisten Vorteile verspricht. Denn die Wahlentscheidung des Einzelnen wird ja nicht nach Maßgabe politischer Inhalte oder Programme getroffen, die im übrigen von den Parteien auch gar nicht angeboten werden, sondern danach, welche konkreten Vorteile (Brunnen, Straßen, Schulen etc.) er bzw. seine Region oder sein Dorf von welcher Partei zu erwarten hat. Angesichts solcher Überlegungen ist die jeweilige Regierungspartei natürlich im Vorteil. Ihre Kanditaten haben nicht nur während des Wahlkampfes die größeren Geldmittel zur Verfügung, sie können auch immer wieder darauf hinweisen, welche staatlichen Leistungen sie dem betreffenden Wahlkreis bisher haben verschaffen können. Mögen diese Leistungen absolut gesehen noch so bescheiden sein, sie heben sich gleichwohl vorteilhaft von denen der Opposotionskandidaten ab, die, weil von den Schaltstellen staatlicher Macht ausgeschlossen, den Wählern mit leeren Händen gegenüber standen und stehen. Hinzu kommt, daß das Wählen einer Minderheitspartei nicht immer ohne Risiko ist. Denn sollte sich herausstellen, daß ein Dorf oder eine Region tatsächlich mehrheitlich die Opposition gewählt hat, ohne daß diese aber insgesamt gesiegt hätte, ist dieser Region die Rache des Siegers — sprich Entzug von staatlichen Leistungen — so gut wie sicher.

So entfielen bei den letzten Wahlen von 1977 auf die regierende PPP (People's Progressive Party) 29 Parlamentssitze, während die Oppositionsparteien NCP (National Convention Party) und UP (United Party) 5 beziehungsweise 2 Sitze erhielten.

Die Beliebigkeit der politischen Position und die damit zusammenhängende Tendenz, mit dem jeweils Stärksten zu gehen, führte in der Vergangenheit häufig dazu, daß „oppositionelle" Abgeordnete aufgrund lukrativer Angebote der Regierung (Ministerposten etc.) sich auf die Seite der Mehrheit schlugen bzw. ganze Parteien sich der Regierungspartei anschlossen. Umgekehrt war manche Parteineugründung weniger auf einen politischen Dissens zurückzuführen als vielmehr darauf, daß hochrangige Politiker wegen persönlicher Querelen vom Zugang zu den Staatskrippen ausgeschlossen wurden. So etwa im Falle der „Oppositionspartei" NCP, deren Führer, Sherif Dibba, früher selbst Vizepräsident und Finanzminister unter Jawara gewesen war. Als er 1975 von Jawara entlassen und aus der PPP ausgeschlossen wurde, weil daß Maß an Korruption, daß er an den Tag gelegt hatte, selbst für gambische Verhältnisse zuviel geworden war, gründete er die NCP und wurde zum vehementen Kritiker einer staatlichen Mißwirt-

schaft, an der er selbst jahrelang eifrig beteiligt gewesen war. Ein Programm, das über diese allgemeine Kritik hinausgegangen wäre, wurde allerdings nicht vorgelegt.

Die Hintergründe des Putsches

Das äußere Bild vom ,,demokratischen" Gambia spiegelt also nicht unbedingt die tatsächliche Situation im Lande wider. Der Vorwurf, der Putschversuch vom 30.7. sei von außen, d.h. vor allem von Libyen, gesteuert worden, klingt daher nicht ganz so überzeugend, wie man auf den ersten Blick vielleicht hätte annehmen können. Der gleiche Vorwurf wurde ja schon einmal gegen Libyen erhoben, als im Herbst des vorigen Jahres ein ähnlicher Putschversuch, der allerdings über das Planungsstadium nicht hinausgekommen war, niedergeschlagen wurde (übrigens auch damals schon unter Einsatz senegalesischer Truppen). Unmittelbar danach wurden die diplomatischen Beziehungen zu Libyen abgebrochen und die libysche Botschaft, die mit der für so ein kleines Land wie Gambia erstaunlich hohen Zahl von 90 Diplomaten besetzt war, wurde geschlossen. Konkrete Beweise für eine Beteiligung Libyens an den Putschversuchen gab es jedoch damals genauso wenig wie heute.

Herkunft und politisches Vokabular der Putschisten dürften zudem kaum den Vorstellungen Ghaddafis entsprechen. Der Anführer der Putschisten, der achtundzwanzigjährige Kukoy Samba Sanyang, ein ehemaliger Soziologiestudent und späterer Staatsfunktionär, ist ein überzeugter Marxist-Leninist und gehört der seit dem Putschversuch von 1980 verbotenen Splitterpartei GSRP (Gambian Socialist Revolutionary Party) an. Auch die übrigen Putschisten — soweit man näheres über sie weiß — scheinen mehr aus einem Intellektuellenmilieu sozialistischer oder pan-afrikanischer Prägung zu stammen. So erinnert das ,,Programm" des kurzlebigen ,,Obersten Revolutionsrates" — ,,Errichtung der Diktatur des Proletariats unter der Führung einer marxistisch-leninistischen Partei" — eher an den politschen Sprachgebrauch (und Realitätssinn!) europäischer K-Gruppen als an den islamischen Fundamentalisten Ghaddafi. Bezeichnenderweise richteten sich die Appelle der Putschisten auch nicht an Tripolis, sondern an die ,,Genossen in Guinea-Bissau, Guinea und der UdSSR", die sich allerdings nicht nur äußerst reserviert zeigten, sondern im Falle Guinea-Bissau sogar ausdrücklich das Eingreifen des Senegal befürworteten.

Man sollte andererseits aber nicht den Fehler begehen, den Putsch lediglich als das Werk einiger realitätsferner Intellektueller zu betrachten, die in einem reinen Bauernland eine proletarische Revolution durchführen wollten. Dazu war der fast einwöchige Widerstand in Banjul, auf den die senegalesischen Truppen stießen und der mehr als 500 Todesopfer forderte, doch zu heftig. Denn offensichtlich war nicht nur fast die gesamte ,,Field Force" zu den Putschisten übergelaufen, bzw. schon vorher von ihnen infiltriert wirden, sondern auch ein erheblicher Teil der Bevölkerung Banjuls, darunter vor allem viele Jugendliche. Vor allem sie waren es, die, aufgeteilt in kleine Gruppen und ausgerüstet mit den von der ,,Field Force" reichlich verteilten Waffen, die Senegalesen in verlustreiche Straßenkämpfe verwickelten.



Eine verwüstete Straße in Banjul

Doch nicht nur die Hartnäckigkeit der Kämpfe, sondern auch die Welle von Plünderungen, Brandstiftungen und Lynchaktionen gegen einzelne Geschäftsleute und regierungstreue Polizisten, die gleichzeitig über Banjul hinwegrollte, zeigen, daß sich hier seit langem bei weiten städtischen Bevölkerungsschichten Aggressionen und Wutgefühle angestaut haben müssen, die sich jetzt explosionsartig entluden und von denen offenbar auch die Putschisten selbst überrascht wurden. Wie ist diese Beteiligung der hauptstädtischen Jugend an den Unruhen zu erklären.?

Städtische Arbeitslosigkeit und jugendliche Frustration

Wenn sich Banjul mit seinen 60000 Einwohnern auch kaum mit westafrikanischen Riesenstädten wie Abidjan oder Lagos vergleichen kann, so stellt es doch für gambische Verhältnisse eine Metropole und damit für junge Leute vom Lande einen erstrangigen Anziehungspunkt dar. Die eingangs erwähnten besseren Lebensbedingungen und vor allem die vermeintlichen Chancen im Tourismusgeschäft sind es, die viele in die Hauptstadt locken. Doch in der Realität gehen diese Hoffnungen nur selten in Efüllung. So gab es im Jahre 1975 in der verarbeitenden Industrie lediglich 2600 Arbeitsplätze, und für die jährlich etwa 1500 meist städtischen Schulabsolventen stehen nur 400 neue Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung. An dieser Situation hat auch der Tourismus nicht viel ändern können. Zwar gibt es in der Umgebung Banjuls ein Dutzend klotziger Luxushotels, die zumeist hohe staatliche Investitionen in die Infrastruktur voraussetzen. Was jedoch die vielgerühmten Arbeitsplätze betrifft, so gab es laut einer Weltbankstudie 1979 lediglich 1100 davon, natürlich unqualifizierte. Die qualifizierten Posten hingegen mit ihren 8 — 10 mal so hohen Gehältern sind fast ausschließlich von Ausländern besetzt. Zudem bieten die meisten Arbeitsplätze Beschäftigung für nur etwa fünf Monate im Jahr — eine saisonale Arbeitslosigkeit für den überwiegenden Teil des Jahres ist also schon von Anfang an eingeplant. Positive Rückkopplungseffekte für Wirtschaft und Arbeitsmarkt des Landes hat der Tourismus, abgesehen von einigen Souvenierhändlern, bisher auch nicht gebracht: 85% der für die Touristen benötigten Nahrungsmittel und sonstige Konsumgüter werden eingeflogen, was sich entsprechend negativ auf die Zahlungsbilanz auswirkt.

Eine der negativsten Folgen des Tourismus liegt indessen gar nicht einmal sosehr auf der rein ökonomischen, sondern mehr auf der sozio-kulturellen Ebene: viele städtische Jugendliche werden durch den Tourismus mit einem am Konsum orientierten Lebensstil konfrontiert, der für sie — nicht zuletzt auch wegen ihrer westlich geprägten Schulbildung — attraktiv ist, von dem sie aber wegen Geldmangels ausgeschlossen sind. Es ist daher kein Wunder, wenn immer mehr versuchen, durch Bettelei, Diebstahl oder Prostitution — von Männern wie von Frauen gleichermaßen betrieben — sich das zu holen, was sie sonst nicht bekommen können. Gleichzeitig nehmen Drogenkonsum und -handel, vor allem aber Fälle von Vergewaltigungen, die früher so gut wie unbekannt waren, ständig zu. Gerade die sonst so lobenswerte Liberalität überwiegend skandinavischer Touristen wirkt sich hier paradoxerweise besonders negativ aus, wenn junge Männer als zeitweilige ,,Begleiter" alleinstehender Touristinnen (Europareise manchmal mit eingeschlossen) sich an ein Leben gewöhnen, das, verglichen mit der Normalität des gambischen Alltags, die sie nach dem Ende der ,,Beziehung" unweigerlich erwartet, als nicht mehr erträglich erscheinen muß.

Die hier entstehenden Frustrationen wurden mit Sicherheit noch dadurch verschärft, daß sich auch sonst die Lebensbedingungen in Banjul in der letzten Zeit verschlechtert haben. So stiegen, nicht zuletzt durch die vermehrte Nachfrage kaufkräftiger Touristen, die Lebenshaltungskosten von 1979 – 1980 um nahezu das Doppelte, während der drastische Rückgang der Erdnußproduktion und der damit verbundene Wegfall von Arbeitsplätzen in Transport und Weiterverarbeitung die Situation auf dem städtischen Arbietsmarkt weiter verschärft hat.

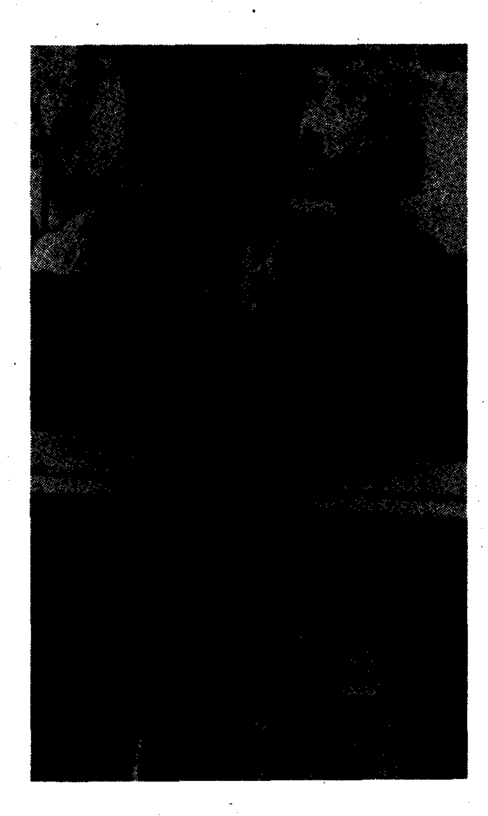
Es ist daher nicht erstaunlich, wenn sich hier bei weiten Teilen der städtischen Bevölkerung und vor allem eben der Jugend ein gefährliches Gemisch aus frustrierten Erwartungen und Aggressionen entwickelt hat, das durch die massiven Preiserhöhungen für Reis und Zucker, die die Regierung in diesem Sommer auf Empfehlung des Internationalen Währungsfonds erlassen hatte, an einen kritischen Punkt gelangt war. Der Putschversuch war dann im Grunde nur noch der sprichwörtliche Funke, der dieses Gemisch zur Explosion gebracht hatte.

Die Gewalt, die hier aufbrach, kam offensichtlich auch für die Putschisten überraschend. Jedenfalls gelang es ihnen nicht, die Welle der Ausschreitungen und Plünderungen einzudämmen, und ihre Aufrufe zur „revolutionären Disziplin" verhallten ungehört. Selbst im Falle eines erfolgreichen Putsches muß es daher als fraglich erscheinen, ob es ihnen überhaupt gelungen wäre, diesen Wutausbruch eines städtischen „Lumpenproletariats" in konstruktive Bahnen zu lenken. Konkrete Vorstellungen, wie die neue Politik der Putschisten hätte aussehen sollen, wurden jedenfalls nicht deutlich (abgesehen von den üblichen Leerformeln gegen Korruption und Tribalismus).

Offen bleibt allerdings noch die Frage, warum sich die Angehörigen der „Field Force" so schnell den Putschisten angeschlossen haben, gehören sie doch selbst, zumindest aber ihre Offiziere, zur privilegierten „politischen Klasse". Hierüber kann man zur Zeit nur Vermutungen anstellen: etwa die, daß die „Field Force" sich von einem erfolgreichen Putsch noch größere persönliche Vorteile erhoffte, vor allem Gehaltserhöhungen, und daß ihr gleichzeitig die Gelegenheit (die zeitweise Anwesenheit Präsident Jawares in London) günstig erschienen sein muß.

Die Rolle des Senegal — die Zukunft Gambias: ein vereintes „Senegambien"?

Nachdem der Senegal innerhalb eines Jahres nun schon zum zweiten Mal auf Ersuchen Jawares in Gambia intervenieren mußte, ist die Stellung des Präsidenten inzwischen natürlich recht angeschlagen. Er wird daher nun nicht mehr darum herumkommen, in die vom Senegal schon lange angestrebte Föderation beider Länder einzuwilligen, zumal Gambia zur Zeit praktisch unter militärischer und politischer Aufsicht des Senegal steht. Ein erster Schritt wurde bereits getan, indem die Sicherheitskräfte beider Länder unter senegalesischem Oberbefehl zusammengefaßt wurden. Ferner verkündete am 7. 9. 81 der senegalesische Präsident Diouf, daß beide Länder noch vor Beginn des nächsten Jahres eine Union eingehen würden. Darüber, wie diese Union im einzelnen aussehen soll, vor allem welches Maß an Autonomie Gambia dann noch bleiben wird, wurde jedoch nichts bekannt. Angesichts des militärisch, ökonomisch und demographisch überlegenen Senegal dürfte eine solche Union langfristig aber auf das Verschwinden des Staates Gambia von der Landkarte hinauslaufen.



So befremdlich dies für Europäer, die mit der Idee des Nationalstaats aufgewachsen sind, auch klingen mag, so muß man sich doch fragen, für wen die Auflösung eines wirtschaftlich kaum lebensfähigen Staates, der zudem nicht historisch gewachsen, sondern auf dem Reißbrett der Kolonialherren entstanden ist, eigentlich einen Verlust bedeuten würde. Für die Bauern, d.h. den überwiegenden Teil der Bevölkerung Gambias wohl kaum. Sie, die dem gleichen Sprachen- und Kulturkreis angehören wie die bäuerlichen Nachbarn jenseits der Grenze haben mit dem englisch geprägten Lebensstil der schmalen Oberschicht kaum etwas zu tun. Ein spezifisch gambisches Nationalgefühl ist ihnen daher fremd. Auch ökonomisch dürfte es ihnen in einem vereinigten „Senegambien" zumindest nicht schlechter ergehen als heute, und was die politische Situation angeht, so ist der Senegal nicht mehr und nicht weniger liberal, als es Gambia bis zum Putschversuch gewesen war.

Für den Senegal als wirtschaftliche und politische Einheit würde eine Fusion nur Vorteile bringen: das Schmuggelparadies Gambia würde damit endlich der Vergangenheit angehören, die Südregion der Casamance wäre ohne lästige Zoll- und Grenzformalitäten erreichbar ebenso wie die gemeinsame Nutzung des Gambis-Flusses für Bewässerungsanlagen und Energieerzeugung. Der Wegfall der Zollgrenzen würde aber auch bedeuten, daß der Hafen von Banjul für die Ausfuhren der Cacamance voll zur Verfügung stünde, wodurch ein erheblicher Teil des umständlichen und teuren Lastwagentransportes nach Dakar entfallen wirde. Schließlich gibt es auch politische Gründe, die eine Union von senegalesischer Seite aus vorteilhaft erscheinen lassen würden: haben sich doch in letzter Zeit in der Casamance von islamisch-fundamentalistischen Strömungen begleitete Verselbstständigungstendenzen gezeigt, die durch ein selbstständiges, aber politisch instabiles Gambia möglicherweise noch weiteren Auftrieb erhalten würden.

Die einzige Gruppe, die am Fortbestand eines Staates Gambia interessiert sein könnte, ist im Grunde nur dessen „politische Klasse". Denn ohne einen eigenständigen Staat würde sie nicht nur ihrer politischen Pfründe, sondern natürlich auch des lukrativen Schmuggelgeschäftes verlustig gehen. Sicherlich wird sie in Verhandlungen mit der senegalesischen Führung versuchen, ihre Interessen soweit wie möglich zu verteidigen. Allerdings hat die Vergangenheit gezeigt, daß in Afrika solche politischen Unionen meist damit enden, daß der kleinere Partner seine ihm noch verbliebene Autonomie schließlich gänzlich einbüßte (Eritrea, Kamerun)[1].

Frank Ballot

Anmerkungen:

[1] Die ehemalige Kolonie Eritrea ging auf Beschluß der UNO 1950 eine Föderation mit Äthiopien ein. 1962 jedoch wurde Eritrea von Äthiopien annektiert und, sämtlicher Autonomierechte entkleidet, dem Kaiserreich als 14. Provinz eingegliedert.
Die deutsche Kolonie Kamerun fiel nach dem ersten Weltkrieg an Frankreich, ein kleiner Teil allerdings an das britische Nigeria. Nach der Unabhängigkeit gingen beide Teile 1961 eine Föderation ein, die 1972 faktisch mit der völligen Eingliederung des kleineren englischsprachigen in den größeren französischsprachigen Teil endete.

Quellen:

Le Monde: 4.11.80, 10.11.80, 31.7.81, 1.8.81, 2.8.81, 4.8.81, 5.8.81, 6.8.81, 7.8.81, 8.8.81, 10.8.81, 11.8.81, 15.8.81, 28.8.81, 1.9.81, 9.9.81
Liberation: 3.11.81, 31.7.81, 2.8.81, 5.8.81, 7.8.81
Taz: 3.8.81
Faz: 22.8.81
FR: 1.8.81, 5.8.81, 21.8.81, 22.8.81
NZZ: 7.11.80
jeune afrique: 12.8.81, 19.8.81, 2.9.81, 23.9.81
afriquw asie: 17.8.81
Review of African Politica Economy 14, 1979
Politisches Lexikon Schwarzafrika, München 1978
Fischer Weltalmanach '79, Frankfurt a.M. 1978
Nohlen / Nuscheler (Hrsg.), Handbuch der Dritten Welt Bd. 2, Hamburg 1976
Statistik des Auslands: Länderkurzbericht Gambia 1981, Stuttgart 1981
Entwicklungspolitische Konzepte 2/77

Südliches Afrika

Die südafrikanischen Überfälle auf Angola dauern an

Unter der Präsidentschaft von Reagan ist im südlichen Afrika ein neues Klima entstanden. Im weißen Südafrika ist die Welt wieder in Ordnung. Endlich kann man sich wieder geschätzt fühlen, endlich wird man wieder gewürdigt als wichtigste Bastion des Kontinents gegen die dunkle Gefahr des Kommunismus.
Im Geist burischen Voortrekkertums versucht Südafrika, seine illegale Position in Namibia fortzuschreiben und den Status quo zu zementieren. Rund 80 Prozent der namibischen Bevölkerung werden durch das südafrikanische Militär gezwungen, in sogenannten Sicherheitszonen unter Kriegsrecht zu leben.
Denn der südafrikanische Geheimdienst schätzt die Lage so ein, daß die SWAPO bei der Bevölkerung fest verankert ist. Falls die von der UNO kontrollierten Wahlen stattfinden würden, würde die SWAPO eindeutig gewinnen. (So in einem Geheimdienstbericht, Frühjahr 1980) Deshalb hatte Südafrika auch im Januar 1981 die Namibia-Konferenz in Genf platzen lassen und eine Verhandlungslösung weiter hinausgezögert (siehe dazu „Blätter des iz3w", Nr. 94).

Mit der „Operation Protea" — der militärische Deckname des Überfalls im August 1981 300 km weit im Süden Angolas — hat Südafrika den Kampf gegen ein befreites unabhängiges Namibia fortgesetzt und auf eine neue Ebene gehoben.

Das Ziel Südafrikas damit ist die Stärkung der weißen Verhandlungsposition durch eine militärische Schwächung der SWAPO, was auch eine Schwächung der politischen Stellung der SWAPO in Namibia nach sich ziehen soll; und weiter soll damit deutlich gemacht werden, falls verfassungsmäßige Garantien für die Weißen in Namibia als Vorbedingung für die spätere Realisierung der UNO-Resolution 435 (siehe iz3w Nr. 94) nicht durchzusetzen sind (das heißt im Falle eines Scheiterns einer Verhandlungslösung), daß Südafrika auch auf eine militärische Lösung des Namibia-Konflikts zustrebt (DIE ZEIT 4. 9. 1981).

Offiziell spricht Pretoria von einer Bedrohung: durch die SWAPO, durch das Bestreben in Angola unter Federführung der marxistischen MPLA, ein sozialistisches Gesellschaftssystem aufzubauen und durch die Präsenz kubanischer Truppen, die die Existenz Südafrikas gefährde. Es sind aber einzig die südafrikanischen Überfälle und die Unterstützung der antikommunistischen UNITA durch Südafrika (die UNITA ist praktisch dem Kommando des südafrikanischen Militärs unterstellt), die Angola zwingt, kubanische Truppen zu stationieren, um die Unabhängigkeit militärisch verteidigen zu können.

So „rechtfertigt" Südafrika die Anwendung der „totalen Strategie", die 1977 vom jetzigen „Verteidigungs"-Minister Magnus Malan formuliert wurde.

Die Doktrin der „totalen Strategie" besagt, daß Konflikte des Apartheidregimes stets — sowohl im Innern als auch nach außen — auf kontrollierbarem Niveau gehalten werden sollen, selbst geringfügiges Nicht-Einpassen in das System soll im Keim erstickt werden („informationsdienst südliches afrika", Nr. 11/12 1980).

Etwa zu gleichen Zeit (Mitte August 1981) wurde die totale Strategie zweimal brutal und offenkundig durchexerziert: Neben dem Angriff auf Angola spielte sich auch die „Umsiedelung" schwarzer Slumbewohner, die auf Arbeits- und Wohnungssuche waren, aus den schwarzen Vororten von Kapstadt in ihr „homeland", die Transkei, ab.

Daß die „totale Strategie" diesmal so augenfällig unter Protest fast der gesamten Weltöffentlichkeit in die Tat umgesetzt werden konnte, verdanken die Südafrikaner der moralischen Unterstützung durch die USA, die bis jetzt immer noch regelmäßig eine Verurteilung Südafrikas und seiner Aggressionen durch die UNO blockieren.

Doch hat Südafrika gerade jetzt nicht bloß moralische Unterstützung von Seiten der USA nötig. Wirtschaftlich und militärisch will es — im Rahmen der totalen Strategie — autark, das heißt gegen Sanktionen unempfindlich werden, wozu es nur *momentan* noch starker materieller Hilfen (Waffen, Kredite) bedarf, um die letzten Stufen zur wirtschaftlichen Unabhängigkeit zu erklimmen.

Auch wenn Kreditgeber und Waffenlieferanten das Eindringen südafrikanischer Militärs mit Überraschung registrieren, mußte damit jederzeit gerechnet werden, schließlich haben derartige Überfalle Tradition. Bereits im angolanischen Bürgerkrieg (siehe Kasten) unterstützte Südafrika die im Süden und im Zentrum des Landes operierende Unita (Nationalunion für die volle Unabhängigkeit Angolas), und zum Teil über Zaire die FNLA (Nationale Befreiungsfront von Angola). Der Einsatz Südafrikas ging so weit, daß es von den weitausgreifenden Vorstößen nur abließ (teilweise bis nahe von Luanda), nachdem die USA Ende 1975 / Anfang 1976 aufgrund eines innenpolitischen Umschwungs die Unterstützung der FNLA (und der Unita) beendet hatten.

Nach der südafrikanischen Regierung handelte es sich bei diesen Angriffen um eine „Strafexpedition gegen die Terroristen der SWAPO" mit dem Ziel, Camps und Vorratslager, die ganze Infrastruktur der Befreiungsbewegung zu zerstören. Zudem leistete sie gleichzeitig der Unita Unterstützung, deren Stärke man nicht unterschätzen darf. Sie stellt für Angola nämlich ein

Befreiungsbewegung in Angola

1974 entschied sich die revolutionäre Regierung Portugals „ihre" afrikanischen Kolonien in die Unabhängigkeit „zu entlassen". In Guinea-Bissao und Moçambique stellten die jeweiligen Befreiungsbewegungen PAIGC und FRELIMO unangefochten die Regierungen. Nicht so in Angola. Hier begann nach 1975 ein erbitterter Machtstreit zwischen den drei Befreiungsorganisationen MPLA, FNLA und UNITA. Mit massiver militärischer Unterstützung der Sowjetunion und Kubas konnte die MPLA bis Ende 1976 den Machtkampf für sich entscheiden.

Bei der Beurteilung der angolanischen Entwicklung wird oft vergessen, daß jede der drei Organisationen eine nicht unbeträchtliche Basis im Lande selber hatte. Die oft gehörte These der ferngesteuerten Söldnerarmeen muß angesichts der realen Entwicklung ins Reich der Fabel verwiesen werden.

Die von A. Neto angeführte MPLA hatte ihren größten Rückhalt im nördlichen Zentralangola bei Mbundu, weiterhin in allen großen Städten (besonders Luanda), wo auch ein großer Teil der portugiesischen Linken mit der MPLA sympathisierte.

Die FNLA konnte sich auf die im Norden Angolas lebenden Bakongo stützen. Im strukturschwachen, wenig bevölkerten Süden operierte hauptsächlich die UNITA, die sich vorwiegend aus Ovimbundus rekrutierte.

Trotz der teilweise spezifischen Unterstützung der genannten Bewegungen ist es falsch, wenn die Organisationen als ausschließlich auf Stammesbasis organisiert und orientiert bezeichnet werden. Der militärische Kampf gegen die potugiesischen Kolonialmacht zwang alle Organisationen in nationalen, gesamtangolanischen Dimensionen zu denken und zu handeln.

Es ist jedoch auch zu sehen, daß gerade die Existenz dreier Befreiungsbewegungen die Intervention außerafrikanischer Mächte ermöglichte; die USA und China griffen politisch ein, während die Sowjetunion und Kuba direkt militärisch auf den Plan traten — ebenso wie Südafrika, das am 23. Oktober 1975 Angola überfiel. Dies war nicht die erste und letzte militärische Aggression, wie die jüngste Geschichte zeigt.

ernstzunehmendes Entwicklungshindernis dar. Vor allem im Süden, dem landwirtschaftlich produktivsten Landesteil, hat sie sich festgesetzt. Außerdem kontrolliert sie die wichtige Benguela-Bahnlinie, über die Rohstoffe aus dem zairischen Katanga und aus Sambia quer durch Angola ans Meer befördert werden.
Darüber hinaus hat der Überfall eine breite Wirkung auf die anderen Frontstaaten. Auf sie übt Südafrika militärischen Druck aus, um sie von der Unterstützung der SWAPO und südafrikanischer Befreiungsbewegungen abzubringen, beziehungsweise damit sie selbst Druck auf die SWAPO bezüglich einer möglichst glatten (das heißt im südafrikanischen Interesse liegenden) Verhandlungslösung hin ausüben.

Im August/September kam es zum ersten Mal seit längerer Zeit zu Zusammenstößen zwischen südafrikanischen und angolanischen Truppen. Anfang August, knapp zwei Wochen vor dem Überfall, erklärte der Befehlshaber der namibischen Truppen, General Charles Lloyd, „er könne Zusammenstöße mit den Regierungstruppen Angolas nicht länger ausschließen", weil Angola eng mit der SWAPO zusammenarbeite (SZ 12. 8.). Am 25. 8. las man in der „Süddeutschen Zeitung" (SZ): „Südafrika hat Beschuldigungen Angolas, Luftangriffe gegen den Süden des Landes geflogen zu haben, zurückgewiesen". Schon am nächsten Tag, dem 26. 8., meldete die „Süddeutsche" aber: „Südafrikaner dringen in Angola ein".
Der südafrikanische General Geldenhuys ließ wissen, daß die südafrikanische Armee 4000 Tonnen Kriegsmaterial im Wert von 200 Millionen Rand (ungefähr 500 Millionen DM) erbeutet hätten, die Verluste der SWAPO und der angolanischen Armee bezifferte er mit 1000 Mann (Allgemeine Zeitung Windhuk, 15. 9.). Eine UNO-Mission (Allgemeine Zeitung 16. 9.) rechnet damit, daß durch den Angriff über 130000 Men- vertrieben worden sind und daß 20 MillionenDollar zur Behebung der Schäden nötig sind. Die Tatsache, daß unter den Gefangenen und Toten des Überfalls sich auch sowjetische Soldaten befinden, wird von der südafrikanischen Propaganda als „Beweis" für die kommunistische Bedrohung ausgeschlachtet. Da sich wieder einmal der totale Angriff des Weltkommunismus gezeigt hat, ist Südafrika auch nachträglich dazu legitimiert, die „totale Strategie" angewandt zu haben. Da die südafrikanische Zerstörungswut sich nicht auf die SWAPO und die rund 50000 namibischen Exilanten beschränkte, sondern auch die 1,5 Millionen zählende Gesamtbevölkerung der angolanischen Südprovinzen empfindlich traf, kann man den Konflikt nicht bloß als „Verfolgungsoperation begrenzten Ausmaßes" (der südafrikanische Verteidigungsminister) abtun.
Ein Ende der Verletzungen der angolanischen Souveränität ist nicht in Sicht. Zwei Monate nach dem Beginn des Einmarsches soll noch immer der größte Teil der angolanischen Provinz Kunene besetzt sein (SZ 21. 10.). Durch die Besetzung, durch fortgesetztes Eindringen im Süden, durch die damit bewirkte Destabilisierung Angolas



könnte angestrebt sein, daß es — vergleichbar mit der Entwicklung im Libanon — zu einem separaten Pufferstaat der Unita an der angolanisch-namibischen Grenze kommen soll.

Da sich Angola allein nicht gegen Südafrika zur Wehr setzen kann, bleiben nicht nur kubanische Truppen und osteuropäische Helfer unter Garantie im Land; auch wird sich Angola noch stärker an Moskau orientierten müssen als bisher.

Was Südafrika auch immer treiben mag — westliches Militärgerät (und noch mehr) bleibt ihm sicher: z. B. Militärfahrzeuge von Daimler-Benz (Dokumentation des Vereins Partnerschaft Dritte Welt, Ulm 1980) und von Magirus-Deutz (Der Spiegel, 12. 10. 1981). Als Belohnung für tapfere Frontstellung gegen Moskau, Havanna und Ost-Berlin gibt's wohl endlich sogar angereichertes Uran für Pretoria (siehe Kasten).

Südafrika-Gruppe Freiburg

Nach einer ddp-Meldung (SZ vom 22. 10. 1981) verhandeln amerikanische Nuklearexperten mit der südafrikanischen Regierung mit dem Ziel, den Disput über die Lieferung von angereichertem Uran für das AKW Koeberg bei Kapstadt beizulegen (so die offiziellen Angaben).

Bisher steht der Lieferung (auf Grund eines US-Gesetzes aus der Carter-Ära) entgegen, daß Südafrika den Atomwaffensperrvertrag nicht unterzeichnet hat (dieses internationale Abkommen von 1968 verbietet Kernwaffenstaaten die Weiterverbreitung von Atomwaffen und bisherigen Nichtkernwaffenstaaten (wie Südafrika) die Herstellung. Zwei verschiedene Ergebnisse der gegenwärtigen Verhandlungen erscheinen möglich:

- *Einmal, daß Südafrika die Unterschrift leistet — was unwahrscheinlich ist. Auf die militärische Nutzung der Kernenergie wird Pretoria weder auf dem Papier noch tatsächlich verzichten wollen.*
- *Realistischer ist die Einschätzung, daß die USA unter Reagan auf die Unterschrift Südafrikas verzichten werden.*

Ziel der Verhandlungen ist schließlich die Lieferung. (Dem Vorwurf der Verletzung des internationalen Abkommens könnten die USA ohnehin entgegentreten mit Berufung darauf, daß Art. 4 II Atomwaffensperrvertrag den Austausch von Material zur friedlichen Nutzung der Kernenergie erlaube.)

Pretoria kann sich selbst wohl nicht vor 1985 mit angereichertem Uran versorgen. Die nunmehr wahrscheinliche amerikanische Lieferung solchen Urans bedeutet — berücksichtigt man die zunehmenden Möglichkeiten Südafrika zur Herstellung von Kernwaffen — eine weitere massive Bedrohung der Frontstaaten im südlichen Afrika.

Südafrika-Gruppe Freiburg

BROT FÜR EL SALVADOR:
In El Salvador herrscht Krieg.
Die aus Militärs und rechten Christdemokraten gebildete Junta des Landes führt einen Vernichtungsfeldzug gegen das Volk. Sie verteidigt Privilegien und Reichtum einer verschwindend kleinen Oberschicht gegen das Anrecht des Volkes auf ein menschenwürdiges Dasein. 60 % der Bevölkerung von El Salvador haben zum Leben weniger als das Existenzminimum. Seit Beginn des Jahres 1980 wurden weit über 20 000 Menschen von Regierungstruppen, Polizei und faschistischen Kommandos ermordet. Unter Anleitung US-amerikanischer Militär-„Berater" und mit Waffen aus den USA wird gegen die Landbevölkerung eine „Politik der verbrannten Erde" betrieben. Ein großer Teil des Volkes ist deshalb auf der Flucht. Nach Angaben der Erzdiözese von San Salvador befinden sich schon 250 000 Flüchtlinge in den Nachbarländern: 100 000 Flüchtlinge gibt es im eigenen Land. Gegen den Terror der Junta wehrt sich das ganze Volk, hat sich die gesamte Opposition – von der Mehrheit der Christdemokraten über die Sozialdemokraten bis zu den Sozialisten und Kommunisten – in der Demokratischen Revolutionären Front (FDR) zusammengeschlossen. Mit der Nationalen Befreiungsfront Farabundo Marti (FMLN) verfügt sie seit Oktober 1980 über einheitliche bewaffnete Kräfte, die mit zunehmendem Erfolg die Bevölkerung vor der Junta-Armee schützen.
Ohne das militärische Engagement der USA wäre die salvadorianische Junta längst gestürzt. Aber die Reagan-Regierung will am Volk El Salvadors ein Exempel statuieren, um den Freiheitswillen aller Völker Mittelamerikas zu brechen. Eine direkte Intervention US-amerikanischer Truppen wird ausdrücklich „nicht ausgeschlossen". Sie würde aus der ganzen Region ein „zweites Vietnam" machen. Die Interventionspolitik der USA richtet sich nicht nur gegen El Salvador, sondern auch gegen Nikaragua und Kuba. Sie könnte zu einer akuten Gefährdung des Weltfriedens führen.
Heute richtet sich der von den USA finanzierte und gelenkte Terrorfeldzug der salvadorianischen Junta besonders gegen die von der FMLN kontrollierten GEbiete. Dennoch gelingt es ihr nicht, den Volkswiderstand zu brechen. Aber die ohnehin katastrophale soziale Lage der Bevölkerung verschlechtert sich weiter. Mehr als 70 % aller Kleinkinder leiden an Unterernährung, die Kindersterblichkeit nimmt erschreckende Ausmaße an.
Deshalb ruft das Antiimperialistische Solidaritätskomitee für Afrika, Asien und Lateinamerika (ASK) dazu auf, für die Versorgung der Bevölkerung in den kontrollierten Gebieten mit Lebensmitteln zu spenden!
An die Bundesregierung richtet das ASK die Aufforderung, jegliche Unterstützung für die Junta einzustellen, der Einmischung der USA entgegenzutreten und der FDR/FMLN, dem Zusammenschluß aller demokratischen Kräfte El Salvadors, umfassende Hilfe zu gewähren.

Spenden können unter dem Kennwort „Brot für El Salvador" überwiesen werden auf das Sonderkonto Prof. Erich Wulff, PschA Frankfurt/M., Konto Nr. 527 055 - 602

Neuerscheinungen

- Sedat, Aziza — Medizin und Apartheid; reihe: Arbeitsmaterialien zur Dritten Welt; medico international Ffm. 1981; 50 S.; 5,— DM; zu best.: medico international, Hanauer Landstr. 147 – 149, 6 Ffm. 1
- V. Brandes und B. Schön (Hrsg.), Wer sind die Instandbesetzer? — Selbstzeugnisse, Dokumente, Analysen —; päd. extra Buchverlag, Bensheim 1981; 184 S.; 14,80 DM
- Deepak Arora, Bildung in der Abhängigkeit. Das Beispiel Indien. Pädagogik in der ‚Dritten Welt'; päd. extra Buchverlag, Bensheim 1981; 240 S.; 34 DM
- Ebert Theodor — Gewaltfreier Aufstand: Alternative zum Bürgerkrieg. Pädagogische Informationen Monographien 7, Waldkirch 1981, 3. Auflage; 240 S.
- Mechtersheimer, Alfred (Hrsg.) — Nachrüsten? Dokumente und Positionen zum NATO-Doppelbeschluß; rororo aktuell Bd 4940, Reinbek bei Hamburg, Okt. 1981; 280 S.; 8,80 DM
- Lutz, Dieter S. — Weltkrieg wider Willen? Die Nuklearwaffen in und für Europa; rororo aktuell Bd. 4934; Reinbek, Okt. 1981; 376 S.; 10,80 DM
- ESG Essen (Hrsg.) — El Salvador, Dokumentation: Christen im Widerstand; ESG Essen, Universitätsstr. 2, 4300 Essen 1; 60 S.; 3,50 DM
- Mehnert, Klaus — Kolonialisierung und Entkolonialisierung des Lernens. Die Anwendung der Erziehungskonzeption Paulo Freires in Guinea-Bissau; Berliner Studien zur Erziehung und Internationalität, Bd. 1; Haag + Herchen Verlag, Frankfurt/M. 1980; 134 S.; 14,80 DM
- Garbe, Chaw, Stenson — Klassen- und Rassenkonflikte in Südostasien; Albatros Verlag Frankfurt; Frankfurt 1981; 11,80 DM
- Mais, Roger — Bruder Mensch; Unionsverlag reihe uv; 1981
- Kantowsky, Detlev — Sarvodeya — The Other Development; New Delhi 1980; 228 S.; 20 DM; zu best. bei: Piet Dijkstra, Westerweg 2, 1862 CE Bergeb N. H., Holland
- Le Groupe jeune Afrique (Hrsg.) — Annvare de l'Afrique et du Moyen-orient. Economie et developpement, Paris 1981; zu best. bei: 51 Avenue des Tern F-75 827 Paris Cedex 17

GESUNDHEIT UND ARZNEIMITTEL IN DER DRITTEN WELT

»Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« ist das Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Gesundheit ist ein Menschenrecht. In der Dritten Welt ist Gesundheit überdies eine wichtige Voraussetzung für die Überwindung der Unterentwicklung, denn wer krank ist, kann sich nicht selbst helfen.

Hier wie dort ist Gesundheit in das kapitalistische Wirtschaftssystem eingebettet, zur Ware geworden. So machen Pharma-Konzerne aus der Ersten Welt hohe Profite in der Dritten Welt. Gerade bundesdeutsche Konzerne sind an diesem Geschäft beteiligt. Die Betroffenheit darüber hat den Bundeskongreß entwicklungspolitischer Gruppen (BUKO) zu einer Pharma-Kampagne bewegt, die über diese Vorgänge breit informieren will.

Das vorliegende Themenheft soll dafür Hintergrundmaterialien liefern. Es war eine schwierige Aufgabe: denn zum einen gibt es noch kaum Untersuchungen zu den weltweiten Machenschaften der Pharmaindustrie in der BRD und der Schweiz (auf diese beiden Länder haben wir uns konzentriert).

Zum anderen besteht für Aktiengesellschaften in der BRD nicht die Pflicht, ihre Geschäftsbereiche einzeln auszuweisen, deshalb lassen sich keine mit Zahlen belegbaren Aussagen über ihre Geschäfte in der Dritten Welt machen. Es ist hier erst der Anfang gemacht worden, um eine Diskussion einzuleiten. Mancher hätte sich vielleicht Artikel gewünscht, die die Vorgänge und Probleme einfacher darstellen. Eben weil das Thema so wenig untersucht und so vielschichtig ist, war dies noch nicht möglich.

Die »blätter« hatten schon in Heft Nr. 64 (1077) »Medizin in der Dritten Welt« die Gesundheitsversorgung zum Thema. Unserer Meinung nach ist die dort aufgestellte Forderung nach einem Basisgesundheitswesen noch heute gültig und interessant. Deshalb sei hier noch einmal auf das Heft verwiesen.

Der erste Artikel im vorliegen den Heft, »Krankheit und Unterentwicklung« beleuchtet die Bedingungen und das Ausmaß der Krankheitsprobleme in der Dritten Welt.

Die drei folgenden Artikel befassen sich mit der Arzneimittelindustrie. »Die besonderen Geschäfte der Pharma-Multis in der Dritten Welt« beschreibt die günstigen Bedingungen, die für die Pharmakonzerne im Handel mit der Dritten Welt bestehen und ihnen hohe Gewinne sichern.

In dem Artikel »Arzneimittelunsicherheit in der Dritten Welt« werden der Arzneimittelmarkt in den Entwicklungsländern und die Risiken des skrupellosen Vorgehens der Firmen für die Bevölkerung dieser Länder untersucht. Über die Pharmakonzerne ist die technologische Abhängigkeit der Entwicklungsländer im Gesundheitsbereich sehr groß, dies wird in dem Beitrag »Pharmamultis und Unterentwicklung« abgehandelt. Wer sich noch gründlicher mit der Thematik »Pharma-Multis und Unterentwicklung« auseinandersetzen möchte, den verweisen wir auf die ausführliche Studie von Marcel Bühler »Das Geschäft mit der Armut: Pharma-Konzerne in der Dritten Welt«, die in Kürze erscheinen wird.

Es gibt aber auch Initiativen gegen die beschriebene Abhängigkeit. Eine davon ist das Programm der »Unentbehrlichen Arzneimittel« der Weltgesundheitsorganisation. Es ist das Thema des Artikels »Bessere, wirksame und sichere Medikamente«.

Welchen Nutzen Arzneimittel überhaupt haben, diese Frage wird in dem kurzen Beitrag »Soll man Medikamente aus der Dritten Welt verbannen?« diskutiert.

Der letzte Beitrag dieses Themenheftes behandelt die gefährliche und ethisch und moralisch äußerst fragwürdige Vermarktung von menschlichem Blut. Berichte über die billige Beschaffung von Blutplasma in der Dritten Welt werden aufgenommen und aktualisiert.

Abschließend werden direkte Aktionsmöglichkeiten für Solidaritätsgruppen vorgestellt.

Damit leitet der Beitrag über zur Pharma-Kampagne des Bundeskongresses der entwicklungspolitischen Aktionsgruppen,

Eine Beobachtung zum Abschluß: Wer sich mit der Gesundheits- und Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt befaßt, trifft immer wieder auf die Frage: »Und wie ist es hier?« An manchen Stellen in den Artikeln wurde diese Rückkoppelung weiterverfolgt. Wir halten sie für wichtig und wollen mit unserer Arbeit auch zu einer Diskussion über Gesundheit und Arzneimittel hier anregen.

Red.

Krankheit und Unterentwicklung

In den USA und Europa wurde seit dem Industrialisierungsprozeß und der Herausbildung des Kapitalismus Gesundheit vor allem unter dem Gesichtspunkt der Erwerbsfähigkeit betrachtet: »gesund sein« bedeutet, arbeits- und erwerbsfähig zu sein, und wurde negativ formuliert als »nicht krank sein«.

Die westliche Medizin konzentrierte sich daher darauf, die Reproduktion der Ware Arbeitskraft möglichst schnell und billig zu gewährleisten. Unter diesem Gesichtspunkt orientierte sie sich ausschließlich an der Behandlung bereits erkrankter Gesellschaftsmitglieder und versuchte, deren Krankheits*symptome* zu erkennen und zu beheben. Die tiefer liegenden *Ursachen* der Krankheiten, vor allem deren Abhängigkeit vom sozialen Umfeld, traten gegenüber der Bekämpfung sichtbarer und nachprüfbarer Gesundheitsschäden in den Hintergrund (zum Begriff »Westliche Medizin« vergleiche iz3w Sept. 1977 Nr. 64). Die Gesundheitspolitik und die Struktur der Gesundheitssysteme in den Dritte-Welt-Ländern beruht meist auf dem Denkgebäude der westlichen Medizin. Die medizinische Versorgung ist kurativ ausgerichtet, kostenintensiv und wenig an die sozialen und kulturellen Bedingungen der jeweiligen Länder angepaßt. Ein weitreichendes öffentliches Gesundheitssystem, das die gesamte Bevölkerung zu versorgen vermag, gibt es in den wenigsten Ländern. Nur 20% aller Menschen in den Entwicklungsländern werden von der westlichen Medizin erreicht[1].

Diese sozio-kulturellen Bedingungen sind der Rahmen, in dem die Ausführungen über bestimmte Krankheiten und deren konkrete Ursachen im weiteren Verlauf des Artikels verstanden werden müssen.





Die Verursachung von Krankheiten durch den Kolonialismus

Frühe europäische Reisende in Ost- Zentralafrika (ebenso in anderen Teilen der Welt) berichteten sehr positiv über den Gesundheitszustand der Eingeborenen, die sie auf ihrem Wege antrafen. Chronisten der spanischen Conquista beschreiben die schreckliche Dezimierung der südamerikanischen Indianer durch *Pocken, Masern* und *Typhus*-Krankheiten, die dort vor der Ankunft der Spanier allesamt unbekannt waren. Pockenseuchen trugen zum Erfolg der spanischen Eroberung entscheidend bei[2].

Vor 100 Jahren waren Masern und Tuberkulose in Afrika so gut wie unbekannt. Seit Anfang dieses Jahrhunderts haben sie sich jedoch immerstärker ausgebreitet und gehören heute zu den Haupttodesursachen südlich der Sahara[3].

Bis 1817 war die *Cholera* nur in ihrem Ursprungsgebiet, dem Gangesdelta in Indien, bekannt. Seit dem frühen 19. Jahrhundert hat sie sich jedoch im Verlauf von sechs Epidemien großen Ausmaßes in Asien, Afrika, Europa und Amerika ausgebreitet. Die letzte, siebte Epidemie ist noch immer nicht beendet. Sie begann 1961 in Indonesien, drang 1970 in Afrika ein und hat Amerika bislang noch nicht erreicht.

Die beständigste Krankheitsverbreitung ging sicherlich vom vierhundert Jahre dauernden *Sklavenhandel* aus, der nicht nur sehr viele Todesopfer forderte, sondern auch viele Krankheiten, darunter Gelbfieber, Lepra, Hakenwürmer und Frambösie (tropische Hautkrankheit) von Westafrika auf den amerikanischen Kontinent übertrug[4].

Kriege im Verlauf der imperialistischen Expansion hatten ebenfalls verheerende Folgen für die Gesundheit der eingeborenen Bevölkerung. Während des Maji-Maji-Krieges in Deutsch-Ostafrika (heutiges Tansania) wurden Dörfer abgebrannt und Ernten vernichtet. Hungersnöte überzogen das Land und brachten 75.000 Afrikanern den Tod. Noch heute ist die Südprovinz, das Kernland des damaligen Widerstands, nur dünn bevölkert[5]. Die wiederholte Verwüstung des Farmlandes während 35 Jahren erschwerte die Ernährung der verbliebenen Bevölkerung und trug in nicht unbeträchtlichem Ausmaß zur Mangelernährung und den Krankheiten bei, die das ländliche Tansania des 20. Jahrhunderts charakterisieren.

Im kolonialen Afrika mußten die *Wanderarbeiter* gewöhnlich lange und gefährliche Wege in die Arbeitszonen hinter sich bringen, wo sie dann in großer Zahl in feuchte, unhygienische und überfüllte Baracken gepfercht wurden. Verbunden mit einer unzureichenden Ernährung und vielen Stunden mühsamer Arbeit, begünstigten diese Bedingungen die Verbreitung ansteckender Krankheiten wie Tuberkulose, Masern, Keuchhusten, Typhus. Im Fall von Krankheiten wie Tuberkulose war es eine übliche Praxis unter den Arbeitgebern, kranke Arbeiter in ihre Dörfer zurückzuschicken und den freien Platz mit neu Zugewanderten zu besetzen[6]. Da durch das Fehlen von Arbeitskräften in den Heimatdörfern der Wanderarbeiter der Anbau von Nahrung zur Selbstversorgung nicht mehr gewährleistet werden konnte, war auch dort die Bevölkerung von Hunger betroffen.

Am Beispiel der *Schlafkrankheit* können die negativen Auswirkungen des Kolonialismus, die Verbreitung von anstekkenden Krankheiten, die durch traditionelle Methoden weitgehend kontrolliert waren, deutlich gemacht werden. Die Schlafkrankheit befällt Tiere und Menschen gleichermaßen. Auf Grund der hohen Sterblichkeitsrate unter den von der Schlafkrankheit Befallenen gibt es heute in weiten Zonen Ostafrikas kein Vieh mehr, nachdem sich dort die Tsetsefliege (Überträgerin des Krankheitserregers) ausgebreitet hat. Allerdings hat man Beweise, daß die Afrikaner im 19. Jahrhundert in genau diesen Gegenden große Rinderherden gehalten haben[7]. Das Tsetse-Problem scheint damals nicht existiert zu haben, weil diese Krankheit, die in diesem gebiet schon seit alters her verbreitet war, von den Afrikanern wirksam kontrolliert werden konnte[8].

Dies gelang durch systematische Umsetzung des Wissens über die Lebensgewohnheiten der Tsetsefliege, die hauptsächlich in Gegenden mit dichtem Busch und einer Vielzahl wilder Tiere verbreitet war. Afrikanische Viehhüter vermieden deshalb diese Zonen, lichteten das Unterholz und hielten die Wildtiere unter Kontrolle. Als im 20. Jahrhundert infolge der Kolonialkriege und Hungersnöte ganze Landstriche entvölkert und Weideländer vernichtet waren, konnten diese traditionellen ökologischen Methoden nicht mehr angewendet werden. Die dezimierte Bevölkerung beackerte weniger Land, kleine Viehherden konnten die Verwilderung ihrer Weiden nicht mehr verhindern, und Kolonialgesetze verboten das Abbrennen von Grasland und die Jagd. Kulturland wurde wieder zu Busch, der bevölkert war von wilden Tieren - ein Eldorado für die Tsetsefliege, die weite Gebiete mit der Schlafkrankheit überzog und damit unbewirtschaftbar machte.

Durch erzwungene Ausrichtung der Agrarwirtschaft auf exportorientierte Monokulturen wurden bisherige Sozialstrukturen zerstört. Die Existenzbedingungen der Bevölkerung, die sich nun als schlecht bezahlte Landarbeiter verdingen mußte, verschlechterten sich. Da Agrarprodukte für den Weltmarkt angebaut wurden (z. B. Baumwolle, Jute), kam es zu einem Nahrungsmittelengpaß für die einheimische Bevölkerung. Durch die weltmarktorientierte Agrarpolitik der Kolonisatoren mußte zwangsläufig ein Proletariat entstehen, das unter katastrophalen Arbeitsbedingungen und schlechten Wohnverhältnissen litt und in kaum vorstellbarem Maße Krankheiten ausgesetzt war. Auch die Suchtkrankheiten hatten ihren Anfang in dieser Zeit. Beispielsweise konnten die Minenarbeiter in den südamerikanischen Anden, die ihre harte Arbeit in großer Höhe verrichten mußten, ihre Situation nur durchstehen, indem sie die Blätter der stimulierenden Kokapflanze kauten.

Typische Krankheitsgruppen

Für die hohe Sterblichkeit in der Dritten Welt sind *nicht* die sogenannten »Tropenkrankheiten« verantwortlich. Vielmehr sterben die Kinder an den auch bei uns bekannten Infektionskrankheiten, die entweder über die Fäkalien (Magen-Darmkrankheit, Typhus, Cholera, Polio) oder über Tröpfchen z. B. aus dem Atem (Masern, Keuchhusten, Tuberkulose) übertragen werden, oder sie sterben an Unterernährung. Es handelt sich um die gleichen Krankheiten, an denen fast die gesamte arbeitende Bevölkerung Europas im 19. Jahrhundert gelitten hat und die heute bei uns weitgehend ihren Schrecken verloren haben. Sie werden die »Krankheiten der Armut« genannt.

Tabelle 1:

Prozentuale Verteilung der Todesursachen in zwei Ländermodellen

	Modell Entwicklungsland	Modell entwickeltes Land
Infektions-parasitäre und Atemwegskrankheiten	43,7	10,8
Krebs	3,7	15,2
Krankheiten des Kreislaufs	14,8	32,2
Verletzungen	3,5	6,8
Andere Ursachen	34,3	35,0
Alle Ursachen	100,0	100,0

Quelle: Population Bulletin of the United Nations No 6, New York, 1963 S. 111-112, besonders Tab. V 33

Die sogenannten »Tropenkrankheiten« sind fast nur unter den Armen der Dritten Welt verbreitet; die Reichen besitzen gute Möglichkeiten, sich vor ihnen zu schützen.

Der Begriff »Tropenkrankheiten« kann nur der Verschleierung der Krankheitsursachen dienen. Er erweckt den Anschein, daß die klimatischen Verhältnisse für das Ausmaß dieser Krankheiten verantwortlich sind. Z. B. war Malaria, eine sogenannte »typische Tropenkrankheit«, im 19. Jahrhundert auch in Europa weit verbreitet und konnte durch Landschaftsmaßnahmen (z. B. Trockenlegung von Sümpfen) eingedämmt und schließlich ausgerottet werden.

Krankheiten aus Mangelernährung

Der Verlauf von Krankheiten in der Dritten Welt ist durch eine Wechselwirkung zwischen Infektionskrankheiten und dem schlechten Ernährungszustand gekennzeichnet. Mangelnde Ernährung senkt die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten. Daher können auch Infektionskrankheiten, die bei uns relativ harmlos verlaufen (z. B. Masern), in Entwicklungsländern (bei vergleichbar hohem Durchseuchungsgrad der Bevölkerung) vor allem bei Kindern zum Tode führen. Die Sterbewahrscheinlichkeit bei Masernerkrankungen ist dort 400 mal höher als bei uns[9].

Die in Tabelle 2 angeführte Untersuchung von 1973 verdeutlicht diesen Zusammenhang. Sie zeigt, daß Mangelernährung an fast der Hälfte aller Todesfälle von Kindern entscheidend beteiligt ist.

In der Dritten Welt steht im Durchschnitt nicht ausreichend Nahrung zur inländischen Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung, um den Bedarf, der für Erwachsene zwichen 2.200 und 3.000 kcal angegeben wird, decken zu können[10]. Die Bevölkerung in der BRD verbraucht durchschnittlich pro Tag 3.362 kcal pro Kopf. Die ungleiche Verteilung der Kalorienverfügbarkeit setzt sich auch innerhalb der Länder der Dritten Welt fort. 20% der Bevölkerung in Lateinamerika verfügt über 1.700-1.850 kcal/Tag/Kopf; und 5% der Bevölkerung, die 30% Anteil am Gesamteinkommen haben, verfügen über 4.000-4.700 kcal/Tag/Kopf[11]. Da die Nahrungsmittel, die sich die

Tabelle 2:

Krankheitsursache	Todesfälle	Mangelernährung als eine beteiligte Ursache	
		Anzahl	%
Alle Ursachen	21.951	10.349	47,1
Infektions- und Parasitenkrankheiten	12.598	7.667	60,9
Durchfallerkrankungen	8,770	5.331	60,8
Masern	2.103	1.311	63,3
Andere	1.725	1.025	59.4
Mangelernährung	1.163		
Krankheiten des Atemsystems	4.469	1.435	32,1
Andere Ursachen	3,721	1.247	33,5

Quelle: Puffer and Serrano. Patterns of Mortality in Childhood, PAHO, 1973.

Bevölkerung leisten kann, meist nur einen Teil der lebenswichtigen Nährstoffe enthalten, leiden sie an Erkrankungen aufgrund von Mangelernährung. Die alltägliche Nahrung eines Indios in Mexiko besteht aus Mais, Bohnen und Chilli. Eine derartige Mahlzeit enthält weder alle Eiweißbestandteile (essentielle Aminosäuren) noch alle wichtigen Mineralstoffe und Vitamine. Für eine vollwertige Ernährung müßten dem Indio zusätzlich Gemüse oder Eier oder Fleisch oder Fisch zur Verfügung stehen. Seine ökonomische Lage erlaubt es ihm aber nicht, diese Nahrungsmittel zu kaufen. Die verbreitetsten Mangelerkrankungen sind auf Eiweißmangel zurückzuführen. Der Verbrauch von Protein pro Tag und Kopf liegt in den Entwicklungsländern zwischen 40 g und 60 g und liegt damit an der unteren Grenze des Bedarfs. Hierbei ist allerdings nicht die ungleiche Verfügbarkeit in den einzelnen Bevölkerungsgruppen berücksichtigt[12].

Die verbreitetsten Ernährungserkrankungen entstehen infolge von kombinierter Protein-Energie-Mangelernährung (PEM), Eiiweißmangel (Kwashiorkor: unzureichende Antikörperbildung und damit Abwehrschwäche), Vitamin-A-Mangel (Xerophtalmie), Eisenmangel (Anämie) und Jodmangel. 20% aller Kinder in Entwicklungsländern leiden an milder PEM, d. h. das gemessene Gewicht liegt zwischen 60% und 85% der Norm. Bei den Fällen von schwerer PEM (Marasmus) liegt das Körpergewicht unter 60% des zu erwartenden Wertes[13]. Kinder mit aufgeblähten Bäuchen und spärlichem Haarwuchs, die auf Bildern zur Demonstration des Hungers in der Dritten Welt gezeigt werden, sind Fälle von schweren Eiweißmangel-Erkrankungen (Kwashiorkor).

Mangelernährung führt bei der Bevölkerung in einem kaum überschaubaren Ausmaß zu chronischen oder irreparablen Schwächen und Schäden. Sie führt bei Kindern zu Entwicklungs- und Wachstumsstörungen und behindert ihre Lern- und Konzentrationsfähigkeit. Bei Erwachsenen beeinträchtigt sie vor allem die Arbeitsfähig-

Tabelle 3:

Überblick über die gegenwärtig wichtigsten Ernährungsstörungen auf der Erde

Art der Ernährungsstörung	Ursachen	Konsequenzen	Risikogruppen
Unterernährung			
1. Protein-Energie-Malnutrition (PEM)			
a) milde PEM	allg. Nahrungsmangel, Infektionen	geistige und körperliche Entwicklung gehemmt, häufiger krank	alle Entwicklungsländer, Vorschulkinder, ca. 300 Mio.
b) schwere PEM Marasmus	ernster Nahrungsmangel Urbanisierung	hohe Sterblichkeit	Säuglinge, Slums, 15 Mio.
Kwashiorkor	ernster Eiweißmangel	hohe Sterblichkeit	Kleinkinder, ländl. Afrika, 5 Mio.
2. Vitamin A-Mangel Xerophthalmie		Blindheit	SO-Asien, Naher Osten, Anden-Staaten, ca. 100.000 Blinde/Jahr
3. Eisen-Mangel Anämie		schnelleres Ermüden, geringe körperliche Leistungsfähigkeit	weltweit, vor allem Frauen; 10–20% der Bevölkerung auch in Industriestaaten
4. Viatmin D-Mangel Rachitis	Mangel an Sonnenlicht	Knochenveränderungen	Kinder, asiatische Städte, mehrere Tausend
5. Vitamin B_1-Mangel Beri-beri	geschälter Reis, Alkoholismus	Veränderungen von Nerven- und herz-Herzfunktionen	Säuglinge, Erwachsene; Asien, Städte von Industrieländern, mehrere Tausend
6. Niacin-Mangel (Pellagra)	Mais, Alkoholismus	Veränderungen an Haut und Nerven	Erwachsene, Afrika, Naher Osten, Indien; relativ selten
7. Andere Nährstoff-Mängel, wie Vitamin C-Mangel (Skorbut) und Vitamin B_{12}-Mangel sind nur sehr selten anzutreffen.			

Quelle: Nach McLAREN: Nutrition in the Community, J. Wiley, London, 1976



keit. Frauen im Gebäralter sind besonders von der Mangelernährung betroffen. Sie erhöht die Risiken, die mit Schwangerschaft, Geburt und Stillen verbunden sind. Sowohl Kinder als auch Erwachsene sind durch Mangel- und Unterernährung verstärkt anfällig für Krankheiten.

Ständig erlebte Unterernährung beeinflußt außerdem das soziale Wertgefüge, da sie die Herausbildung von Selbstbewußtsein, den Glauben an die eigenen Fähigkeiten verhindert.

Probleme der Hygiene und Wasserversorgung

Die miserable Gesundheitssituation in der Dritten Welt hat ihre Ursachen neben dem Mangel an Nahrungsmitteln auch entscheidend in den unzureichenden hygienischen Umweltbedingungen, mangelnder Trinkwasserversorgung, fehlender Müll- und Abwasserbeseitigung, unzureichenden Wohnungen usw. Die WHO schätzt, daß 80% aller Krankheiten mit einer schlechten Wasserversorgung und ungenügenden sanitären Verhältnissen zusammenhängen. 75% der Bevölkerung in der Dritten Welt kennt überhaupt keine sanitären Anlagen. Die Wohnverhältnisse der Bevölkerungsmehrheit sind katastrophal: Die Wohnungen bieten kaum Schutz gegen Regen, Kälte und ständige Feuchtigkeit. Meist steht nur ein Raum für die ganze Familie zur Verfügung. Vor allem die Slums, wo unzählige Menschen auf engstem Raum zusammengeballt sind, wo weder Trinkwasserversorgung noch Müllbeseitigung bestehen, wo sich die Wege bei Regen in eine Schlammlandschaft verwandeln, bieten einen idealen Nährboden für Infektionskrankheiten und Ungeziefer jeglicher Art. Ärzte in den Slums von Peu berichteten, daß der Tod von Kindern durch Rattenbisse alltäglich sei.

Die sanitären Verhältnisse sind überall in der Dritten Welt katastrophal. Z. B. haben in Indien rund 600 Mio. Menschen (rund 90% der Bevölkerung) keinen Zugang zu sanitären Anlagen, gleich welcher Bauart. Menschliche Exkremente können Keime ansteckender Krankheiten enthalten (Cholera, Typhus, Ruhr, Hakenwürmer etc.), die bei Nicht-Beseitigung der Exkremente Boden und Wasser infizieren, die in einer sich fortsetzenden Anal-Oral-Kette immer neue Infektionen verursachen[14].

Über die Hälfte der Bevölkerung in der Dritten Welt hat kein sauberes Trinkwasser. Insbesondere unsauberes und verseuchtes Wasser trägt zur Verbreitung vieler Massenkrankheiten bei. Z. B. ist Durchfall vor allem dort verbreitet, wo verseuchtes Wasser verwendet werden muß. Die Durchfallerkrankungen sind besonders für Kinder sehr gefährlich, da sie bei ihnen sehr schnell zur Austrocknung des Körpers führen. Gutes Wasser ist häufig schwer zugänglich: Es ist sehr teuer und muß meist von weit entfernten Wasserstellen geholt werden. Als Alternative steht nur Wasser aus ungeschützten Oberflächengewässern zur Verfügung. Die Landbevölkerung ist oftmals sogar ausschließlich auf die zweite Möglichkeit angewiesen. Die Möglichkeit der Trinkwasseraufbereitung durch Abkochen oder Filtern ist für viele nicht gegeben. In vielen Gebieten können sich die meisten das zum Abkochen nötige Feuerholz nicht leisten. Eine Familie benötigt ungefähr einen Baum pro Woche als Brennholz[15]. Die Einwohner von Ouagadougou (Obervolta) müssen ihr Brennholz im Umkreis von 100 km beschaffen[16].



Jährlich sterben schätzungsweise 10–25 Mio. Menschen an Krankheiten, die durch schmutziges Wasser und schlechte Hygiene verursacht werden. Zwar liegen Durchfälle dabei an erster Stelle, sie sind jedoch nicht die einzige Todesursache. Ein Drittel der Weltbevölkerung ist mit einer oder mehreren Arten von Würmern (Ascaris: 1.000 Mio., Ancylostoma: 800 Mio., Trichuris: 500 Mio.) infiziert.

Sie sind besonders in tropischen und subtropischen Zonen verbreitet, wo bis zu 100% der Bevölkerung befallen sind. Darmwürmer rauben dem Menschen Nahrungsstoffe und Blut und können so eine bestehende Mangelernährung noch verschlimmern. Man macht sich selten klar, daß ein Großteil der Produkte, die ein kranker Bauer anbaut, von eben diesen Würmern verbraucht werden, die ihn krankmachen.

Zwar bringt sauberes Wasser für alle alleine noch keine Gesundheit, aber ebenso sicher ist, daß ohne diese Forderung Gesundheit nicht erreicht werden kann.

Die angemessene Versorgung mit sauberem Wasser ist ein Menschenrecht, sagt der WHO-General-Direktor Dr. H. Mahler.

Gesundheitskonzepte

Es stellt sich nun die Frage, auf welche Weise versucht wird, dieser Krankheitssituation und ihren Ursachen zu begegnen.

Viele Völker der heutigen Entwicklungsländer hatten ihre eigenen Gesundheitssysteme entwickelt. Sie besaßen ihre eigenen, kulturspezifischen Vorstellungen von Krankheit und Heilung. Die Fähigkeiten der KRäuterärzte, Quandeiros, Schamanen sowie anderer Vertreter der traditionellen Heilkunde entsprang dem Alltagsbewußtsein ihrer Völker. Es war überliefertes Erfahrungswissen, entstanden in der Auseinandersetzung mit den natürlichen und sozialen Lebensbedingungen, oder auch magisch-spirituelle Intuition, über deren Bedeutung sozialer Konsenz bestand. Die weitgehende Zerstörung des bestehenden Gesundheitswesen der Traditionellen Medizin in den Entwicklungsländern wurde im Zuge der Kulturvernichtung vollzogen. An ihre Stelle wurden Vorstellungen von Verständnis und Aufgabe der Medizin, wie sie in den industrialisierten Ländern (Europa und USA) existierten, in die Länder der Dritten Welt übertragen. Das führte dazu, daß heute traditionelles Wissen um Gesundheit, Krankheit und Heilung überfremdet ist oder zwitterhafte Formen angenommen hat.

Da die traditionelle Medizin weitgehend zerstört wurde, sind viele auf Selbsterkennung und -behandlung angewiesen. Zudem ist es meist sehr einfach – und nicht ganz so teuer wie zum Arzt zu gehen –, in Apotheken und Drogerien die Medikamente direkt zu kaufen. Für harmlose Erkältungskrankheiten werden dort Antibiotika und Penicillin verkauft. Eine nicht kontrollierte und falsche Anwendung kann nicht nur den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen, sondern führt auch zur Widerstandsfähigkeit der Erreger und somit zur Unwirksamkeit der Medikamente.

Die wenigen Ärzte und Krankenhäuser, die für die Bevölkerung weder finanziell noch räumlich erreichbar sind, konzentrieren sich in den Zentren. Das bedeutet auch, daß das Verhältnis Einwohner/Arzt (BRD: 490 Einwohner/Arzt; Peru: 1580 Einwohner/Arzt([17] ein völlig falsches Bild von der ärztlichen Versorgung zeichnet. »Konkret ist aber die Situation in Gegenden des nördlichen Hochlandes (Peru) so, daß nur ein Arzt für 50.000 Menschen zur Verfügung steht.«[18]

Die in den Ländern der Dritten Welt bestehenden Sozialversicherungssysteme sind oftmals auf die fest angestellten Arbeiter und Angestellten beschränkt. Sie schließen jedoch deren Familienmitglieder ebensowenig mit ein wie Tagelöhner. Krankheit eines Familienmitgliedes ist deshalb oft der Grund für Schulden, die die wenigsten jemals wieder abzahlen können.

Die kurativ ausgerichtete westliche Medizin mißt die Gesundheitssituation in den Entwicklungsländern am Ausmaß der Krankheiten. Die wichtigsten statistischen Meßgrößen sind deshalb heute noch für diese »beschädigte« Gesundheit die Geburts- und Sterberaten und die Lebenserwartung. Diese eingeschränkte Betrachtungsweise reicht jedoch nicht aus: sie klammert die oben beschriebenen sozio-ökonomischen Ursachen von Krankheit weitgehend aus. Nur durch deren Beseitigung aber könnte die Gesundheitssituation sich in den Ländern der Dritten Welt von Grund auf verbessern.

Wenn Gesundheit nicht als »nicht krank sein«, sondern als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (wie von der WHO) verstanden wird, muß die Gesundheitspolitik den Rahmen der westlichen Medizin sprengen. Das auf der WHO-Konferenz 1978 in Alma Ata erarbeitete und verabschiedete Konzept der »primary health care« (»elementare Gesundheitsversorgung«) beruht auf diesem Gesundheitsverständnis und geht von der Voraussetzung aus, daß Gesundheitspolitik neben Medizin (Behandlung, Prophylaxe, Hygiene) auch Landwirtschaft, Wasserversorgung und Erziehung umfassen muß. Da Armut in der Dritten Welt nicht durch Schicksal entsteht, sondern aufgrund der Ausbeutung der Industrieländer und nationalen Eliten, kann das Konzept der »elementaren Gesundheitsversorgung« nur bei konsequenter Anwendung, was auch eine Änderung der bestehenden wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse mit einschließt, erfolgreich sein. Dies dürfte jedoch kaum im Interesse der meisten Organisatoren und Unterstützer dieses Konzeptes liegen.

Mechtild Maurer
Eberhard Scholz (medico international)

Anmerkungen:

1) Infodienst Dritte Welt, gesundheitswesen in Entwicklungsländern, Bern 1980.
2) Scott, H. H., A History of Tropical Medicine, Vol. I, E. Arnold, 1399, S. 88–89.
3) Worthington, E. B., Science in Africa, Oxford 1938, S. 542.
4) Scott, H. H., a. a. O. S. 89–90.
5) Cornevin, R., The Germans in Africa before 1918, in: Gann & Duignan (Hrsg), Colonialism in Africa 1870–1960 Vol. I, Cambridge 1971 S. 405.
6) Barrat Brown, M., After Imperialism, 2. Auflage Heinemann 1970, S. 168–169.
7) Kjekshus, H., Ecology Control and Economic Development in East African History, Heinemann 1977 S. 153.
8) Ford, J., The Role of the Tryanosomiases in African Ecology, Oxford Clarendon Press 1971, S. 478–487.
9) iz3w, Nr. 64 S. 24.
10) Dr. Ulrich Oltersdorf, Zur Welternährungslage – die zwei Gesichter von Fehlernährung
in: Hrsg. Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten e. V. Bonn 1979 S. 17.
11) Dr. Ulrich Oltersdorf, Zur Welternährungslage . . . S. 22.
12) Diercke Weltstatistik 80/81 München 1980
der Eiweißbedarf wird für Erwachsene mit 80 g pro Tag angegeben, obwohl man im Grunde nur von einem ganz individuellen Eiweißbedarf ausgehen kann.
13) Dr. Ulrich Oltersdorf, Zur Welternährungslage . . .
14) Neue Züricher Zeitung 23/10/81
15) Geographie heute, Seelze, Hft 1 Okt. 1980
16) NZZ 27/28/7/80.
17) Diercke Weltstatistik 80/81 München 1980
18) iz3w, Nr. 64.

Bevölkerungspolitik und Gesundheit

„Kinder sind der Reichtum des armen Mannes" — wer demographische Untersuchungen kennt, weiß, daß dies sowohl für die industialisierte wie auch für die unterentwickelte Welt gilt. Wo keine Kranken- und Rentenversicherung existiert, da erfüllt die Familie diese Funktion, und je größer diese ist, desto besser. Wer Bevölkerungskontrolle betreiben will, ohne das zu berücksichtigen, ist gescheitert, bevor er angefangen hat.
Darin dürfte die Schwäche vieler Familienplanungsprogramme liegen, die ohne parallele massive Aufklärungsmaßnahmen — zum Beispiel weniger Kinder können zu gleichen Bedingungen besser ausgebildet werden und haben später bessere berufliche Chancen, die auch den Eltern zugute kommen — ablaufen. Wenn dann bisweilen zu illegalen Methoden (Sterilisierung oder Verabreichung von Verhütungsmitteln ohne Wissen der Frau)[1] gegriffen wird, um dennoch Erfolge zu erzielen, so wirft das ein erschreckendes Licht auf die Moral der Organisatoren.[2]

Beispiele für eine erfolgreiche Bevölkerungspolitik lieferten in jüngster Zeit Kuba und die Volksrepublik China. Wenn sie jedoch von westlichen Verfechtern einer rigiden Bevölkerungskontrolle als Beweis für die These „reduziertes Bevölkerungswachstum ist Vorbedingung eines größeren Wohlstandes" zitiert werden, so ist dazu zweierlei festzustellen:

1. eine genauere Betrachtung des Phänomens würde zutage bringen, daß hier Ursache und Wirkung verwechselt werden: „. . . jeder angesehene Demograph weiß, daß die Verbesserung des Lebensstandards, beginnend mit einer angemessenen Ernährung, der einzige historisch bewiesene Weg zur Reduzierung des Bevölkerungswachstums ist, und daß es die Hungrigen, Armen und Mutlosen sind, die große Familien haben."[3]

2. In China gelang die Kontrolle der Bevölkerungskontrolle unter den Bedingungen eines totalitären Staates, wo das Individuum weitgehend vor dem Gemeinschaftsinteresse zurückstehen mußte. Wer an die damit möglichen Erfolge anknüpfen will, sollte genau prüfen, ob die politische und soziale Realität eines anderen Entwicklungslandes eine solche Bevölkerungspolitik überhaupt zuläßt!

Es wird in diesem Zusammenhang immer wieder argumentiert, medizinische Maßnahmen in armen Ländern (z. B. in Form von »Entwicklungshilfe«) seien sinnlos, weil dadurch viele Kranke überleben würden, die dann ihrerseits noch mehr Kinder bekämen, und die könnten ja ohnehin nicht alle ausreichend ernährt werden.
Hierzu ist folgendes festzustellen: es stimmt, daß medizinische Hilfe fragwürdig wird, wenn sie nur das Sterben verzögert. Deshalb muß gesichert sein, daß die durch sie am Leben Erhaltenen auch genug zu Essen haben werden. Gleichwohl heißt das nicht, daß diese Maßnahmen in einen Teufelskreis münden, in welchem sich immer mehr Menschen immer weniger Nahrungsmittel teilen müssen.
Bestätigt wird dies u. a. durch folgende Beobachtung: in allen Ländern vergeht eine gewisse Zeit zwischen dem Moment, wo die Kindersterblichkeit zu sinken beginnt, infolge z. B. einer besseren Ernährung und medizinischen Versorgung. und dem, wo auch das Bevölkerungswachstum nachläßt. Während dieser Zeit begreifen die Eltern, daß ihre Kinder tatsächlich eine größere Überlebenschance haben.
In den Industrieländern dauerte diese ‚Lernphase' circa 50 Jahre. Für etliche Entwicklungsländer lassen erste Anzeichen darauf schließen, daß sie sich dort auf 25 und teilweise sogar auf 15 Jahre (Sri Lanka, Nordkorea, Taiwan, Trinidad) verkürzt hat.
Dies ist nicht zuletzt ein Beweis für die These, daß erst sie Beseitigung der Armut und des Hungers in der Dritten Welt das Bevölkerungswachstum reduziert und nicht umgekehrt.

1 EL TRIBUNA, Argentinien, 26. 3. 1975; Film: Das Blut des Condors, Bolivien; Expreso, Lima 9. 3. 1975
2 s. auch „Bevölkerungspolitik" in: Dr. med. Mabuse Nr. 1 (1981) S. 42–46
3 BARRACLOUGH, G.: The great world crisis, Teil I, The New York Review of Books, 23. 1. 1975, S. 25
4 KINGMA, J.S.: De la simple survie à la vie en abodance, in CONTACT No. 53, Genf 1981, S. 6 f

E. Scholz

Die besonderen Geschäfte der Pharma-Multis in der Dritten Welt

Die Pharma-Industrie ist bei uns in den letzten Jahren mehr durch ihre Geschäfte als durch ihre Medikamente bekannt geworden. In der Dritten Welt können die Pharma-Multis bis heute ohne größere Einschränkungen ihren Geschäften nachgehen: es gibt keine ernsthafte Konkurrenz aus der Dritten Welt, die staatlichen Kontrollbehörden sind schwach ausgebaut... In der Dritten Welt haben die Pharma-Multis eine besonders große Marktmacht, die sie zu besonders guten Geschäften ausnützen.

Weltweite Geschäfte

1980 wurden nach Schätzung des „Bundesverbandes Pharmazeutische Industrie e.V." weltweit Arzneimittel für rund 135 Mrd. DM hergestellt.[1] Mit dieser Summe könnte über die Hälfte der Reis-, Weizen- und Maisernte der gesamten Welt des Jahres 1980 gekauft werden.[2]

Die Arzneimittelherstellung ist seit Ende des 2. Weltkrieges eine industriell organisierte wirtschaftliche Tätigkeit, die Pharma-Fabrik hat dabei die Apotheke ersetzt. Arzneimittelproduktion und -konsum sind sehr unterschiedlich auf „Erste" und „Zweite" Welt einerseits und „Dritte" Welt andererseits verteilt. Während die reichen Länder der nördlichen Halbkugel ihren Medikamentebedarf weitgehend selbst decken, verbrauchen die Länder der Dritten Welt mehr als doppelt soviel pharmazeutische Produkte, als sie imstande sind, selber herzustellen. Die Lücke wird durch Import aus den Industrieländern geschlossen (vgl. Graphik! Nach anderen Angaben ist der Arzneimittelkonsum in der Dritten Welt weniger groß. Mir scheinen die von der UNIDO aufgeführten Zahlen sehr realistisch).
In der Ersten Welt ist die Arzneimittelproduktion auf einige wenige Länder konzentrier die sieben großen kapitalistischen Industrienationen USA, Japan, BRD, Frankreich, Großbritannien, Italien und Schweiz stellen rund 72 Prozent der Medikamente her.[3)]

Der *Weltpharma-Handel* wird in noch stärkerem Ausmaß von diesen sieben kapitalistischen Industrieländern aus beherrscht:
79 Prozent der Arzneimittelexporte im Jahre 1980 stammen aus diesen Ländern.[4)] — In der BRD wurden 1980 Arzneimittel im Wert von 15 Mrd. DM hergestellt — nur in Japan und in den USA wurde dieser Wert übertroffen — [4)] Beim Arzneimittelexport steht die BRD jedoch an erster Stelle: mit dem Esportwert von 5,6 Mrd. DM[5)]sind die BRD-Pharmakonzerne die führenden „Pillenlieferanten" auf dem Weltmarkt. Die BRD als „Apotheke der Welt" — wie der „Bundesverband" dies gerne nennt. Diese Spitzenstellung in der Weltmarktkonkurrenz hat Tradition: Deutschland war bereits vor dem Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik der führende Lieferant auf dem Pharma-Weltmarkt.

Ungleiche Verteilung von Arzneimittelproduktion und -konsum zwischen 1., 2. und 3. Welt

Arzneimittelproduktion (Anteil in % der Weltproduktion)	Arzneimittelkonsum (Anteil in % des Weltkonsums)
3. Welt = 11,5%	3. Welt = 26,0%
2. Welt = 19,1%	2. Welt = 12,8%
1. Welt = 69,4%	1. Welt = 61,2%

Quelle: UNIDO (1980), Global Studies of the Pharmaceutical Industry, ID / WG. 331/6, 20. Oktober 1980

Das gesamte Wertvolumen des Auslandgeschäfts der BRD-Pharmaindustrie ist jedoch weit höher, da in den Zahlen über den Export die Umsätze ausländischer Niederlassungen deutscher Firmen nicht enthalten sind. Der Wert der außerhalb der BRD abgesetzten pharmazeutischen Produkte lag 1978 mit rund 11 Mrd. DM noch um das 2,5-fache über dem Pharma-Export aus der BRD.[6)]

Multinationale Pharma-Konzerne

Die Pharma-Branche setzt sich aus verschiedenen einzelnen Firmen zusammen. Sie sind hochkonzentriert und weltmarktorientiert:

- die 30 führenden Pharma-Hersteller kontrollieren mehr als 50 % des Pharma-Weltmarktes.[7)] Diese hohe Marktmacht wird noch dadurch verstärkt, daß die eigentliche Marktkontrolle für eng begrenzte medizinisch-therapeutische Teilmärkte gilt. So hat Hoffmann-La-Roche z.B. kaum 5% des Pharma-Weltmarktes unter Kontrolle. Aber auf ihrem Spezialmarkt, den Tranquillizern, hat sie weltweit 55,8% unter Kontrolle.[8)]
- Hoechst, der weltgrößte Pharma-Hersteller, hat in 130 Ländern eigene Verkaufsorganisationen, 67% der Gesamtverkäufe von Hoechst werden im Ausland getätigt, und 80000 Beschäftigte arbeiten außerhalb der BRD. Bayer, die Nr. 3 weltweit, hat in mindestens 20 Ländern der Dritten Welt Verkaufsniederlassungen.[9)]

Marktmacht und weltweiter Pillenverkauf sind Anhaltspunkte dafür, daß man diese Firmen als multinationale Pharmakonzerne bezeichnen kann. Es ist interessant, daß in der Pharma-Branche die europäischen Firmen führend sind: von den ersten Fünf ist die Nr. 1 Hoechst und die Nr. 3 Bayer aus der BRD, die Nr. 4 Ciba-Geigy und die Nr. 5 Hoffmann-La-Roche aus der Schweiz. Nur die Nr. 2, Merck Sharpe and Dome (MSD), ist ein nicht-europäischer US-Multi.

Tabelle 1: BRD-Pharmamultis

	Rangnummer in der Welt-„Besten"-Liste der meistverkaufenden Pharmafirmen	Exportanteil der Produktion in der BRD
Hoechst	1.	67%
Bayer	3.	69%
Boehringer Ingelheim	12.	69%
Schering AG	24.	63,5%
E. Merck	37.	64,5%
BASF	45.	51%

Quelle: Transnational Corporations and Pharm. Industry, UNCTAD-Studie, New York 1979

Medikamentenhandel der Multis in der Dritten Welt

Die Pharma-Multis betreiben in der Dritten Welt zwei verschiedene Arten von Geschäften: zum einen importieren sie fertig verpackte Medikamente von dem Mutterkonzern und verkaufen sie in dem Land der Dritten Welt — das ist der internationale Arzneimittelhandel (1). Der internationale Arzneimittelhandel ist die erste und älteste Form der Geschäftsbeziehungen zwischen kapitalistischen Unternehmen und der Dritten Welt. Diese alte Form der Geschäftsbeziehungen ist im Pharma-Bereich bis heute die wichtigste geblieben.
Die zweite Art Geschäft aber ist neuer und komplizierter: in der Dritten Welt werden von den Multis nicht

nur Arzneimittel verkauft, sondern es wird dort auch ein Teil der Arzneimittelproduktion selber durchgeführt (2).

Im internationalen Arzneimittelhandel (1) wird z.B. ein Medikament in der BRD bei Bayer Leverkusen hergestellt und verpackt. Die Tochterfirma Bayer Peru bestellt beim Mutterkonzern Bayer Leverkusen eine große Menge dieses fertig verpackten Arzneimittels. Bayer Peru besorgt dann die notwendigen Zollformalitäten, lagert die Medikamente und verteilt sie an die Abnehmer (Großverteiler/Apotheken oder Krankenhäuser, unter Umständen auch Drogerien oder Supermärkte (!)). Die Tochterfirma Bayer Peru ist in diesem Fall eine reine *Vertriebsfiliale*.

Tabelle 2:
AMPICILLIN —
Importpreise in den Philippinen
oder: Teure Verwandtschaften

Datum	Besteller	Lieferant	Menge	Preis
Jan. 76	Bristol-Phili.	Bristol USA	115 kg	177,47 US-$/kg
Jan. 76	Doctors Pharm.	Weltmarkt	50 kg	81,38 US-$/kg
Feb. 76	Beecham Phil.	Beecham GB	362 kg	251,00 US-$/kg
April 76	Zodiac	Beecham GB	25 kg	115,00 US-$/kg

Quelle:
UNCTAD TT 36, Technology policies in the pharmaceutical sector in the Philipines (1980).

Ein besonderer Profit liegt bei der zweiten Sorte Geschäft (2). Die Mutterfirma eines Pharmakonzerns verkauft eine Wirksubstanz an eine ihrer Tochtergesellschaften in der Dritten Welt, und zwar zu überhöhtem Preis. Hierzu zwei Beispiele:

- im Januar 1976 kaufte die philippinische Tochterfirma des US-Pharma-Multis „Bristol" bei der Mutterfirma in den USA 115 kg Ampicillin (ein Antibiotikum) zum Preis von *177,47 US-$ pro Kilogramm* (vgl. Tabelle 2). Die philippinische Pharma-Firma „Doctors Pharmaceutical" kaufte ebenfalls im Januar 1976 Ampicillin: 50 kg zum Preis von *81,38 US-$ pro Kilogramm*. Dieses Ampicillin stammte vom Weltmarkt. „Doctors Pharmaceutical" hatte sich bei den verschiedensten Verkäufern von Ampicillin auf dem Weltmarkt Preisofferten eingeholt und sich dieses unentbehrliche Arzneimittel (laut WHO-Liste) bei dem billigsten Anbieter beschafft.
- Im Februar 1976 bezieht die Tochter „BEECHAM Philines" vom englischen Konzern 362 kg Ampicillin zum Preis von *251,00 US-$ pro Kilogramm*. „ZODIAC", eine philippinische Pharmafirma, bezieht für ihre Lizenzproduktion im April 1976, also 2 Monate später, ebenfalls Ampicillin bei „BEECHAM" in England; die Menge: 25 kg, der Preis diesmal: *115,00 US-$ pro Kilogramm.*[10] Die philippinische „BEECHAM"-Tochter mußte also doppelt so viel bezahlen wie „ZODIAC", obwohl beide bei der gleichen Quelle in England bestellt hatten.

Dieses Beispiel ist sehr wichtig, weil es eine doppelte Aussage enthält:

1. die Tochterfirma bezahlt doppelt soviel wie ein Konkurrent, der die gleichen Medikamente bei dem gleichen Mutterkonzern bezieht, obwohl die Tochterfirma 362 kg Ampicillin bestellt hat und „ZODIAC" nur 25 kg. Hier ist die „freie Marktwirtschaft" mit ihren Preisgesetzen auf den Kopf gestellt.
2. Die Preise der Multis liegen beträchtlich über denen der billigsten Hersteller auf dem Weltmarkt, die eine vergleichbare Qualität garantieren können.

Die besonders teuren „Verwandtschaftsbeziehungen" zwischen Tochter- und Mutterfirma eines Konzerns haben eine ganz einfache Bewandnis: Die Mutterfirma erzielt dank des Preisaufschlags einen höheren Gewinn, die Tochterfirma hat, relativ zum Weltmarkt, überhöhte Kosten. Der Gewinn aber bleibt durch diese konzerninterne Rechnungsstellung im Konzern. Die Tochterfirma der Dritten Welt hat erhebliche Wareneinkaufskosten. Darüberhinaus machen die Tochterfirmen in bestimmten Ländern, wo die Multis hohe Steuern zu zahlen haben — wie z.B. in Kolumbien — meistens kaum einen Gewinn. Die hohen Einkaufspreise haben dann zur Konsequenz, daß ein Überschuß ausbleibt und der Staat keine Steuern einziehen kann.

Teilproduktion in der Dritten Welt

Bei der zweiten Art des internationalen Pharmageschäfts werden Teile der Pharmaproduktion in die Dritte Welt verlagert.
Die pharmazeutische Produktion geht in zwei Stufen vor sich: zuerst (1) wird in einem chemischen Prozeß die *Wirksubstanz* hergestellt: z.B. eine Tonne Azetylsalizylsäure. Auf der zweiten Stufe (2) des Produktionsprozesses wird die Wirksubstanz in unterschiedlichen Schritten weiterverarbeitet. Sie wird abgewogen (z.B. 2000 mg), mit Hilfsstoffen versehen und in eine spezifische Darreichungsform gebracht *Arzeneimittelzubereitung* — in unserem Beispiel zu einer Tablette gepreßt. Die Tabletten werden dann abgezählt und *verpackt*. Erst jetzt werden wir in unserem Beispiel sehen, daß aus der einen Tonne Azetylsalizylsäure 500 000 »Aspirin«-Tabletten mit je 0,5 g Wirkstoff geworden sind. Denn »Azetylsalizylsäure« ist die *pharmakologische Einheitsbezeichnung* — »Aspirin« ist der *Markenname* von Bayer, wenn das Medikament bei Bayer verpackt wurde. In der zweiten Stufe wird also die Arzeneimittelzubereitung verkaufsfertig hergestellt.
Die erste Produktionsstufe ist sehr kapitalintensiv (Herstellung des Wirkstoffes), der nur wenige Arbeitskräfte erfordert. Die Rentabilität in der Großchemie hängt entscheidend davon ab, daß in großen Mengen produziert wird.
In der zweiten Stufe (Herstellung des Arzneimittels) ist die kapitalintensität geringer, es brauchen zudem nicht enorme Mengen wie in der ersten Stufe hergestellt zu werden. Bis auf einige wenige Länder wird nicht der eigentliche Produktionsprozess — das Herstellen der Wirksubstanz — in der Dritten Welt durchgeführt, sondern nur die letzten Arbeitsschritte: das Verpacken der Medikamente und seltener das Herstellen der Arzneimittelzubereitung aus dem importierten Wirkstoff. Die entwicklungspolitische Bedeutung dieser sehr begrenzten Produktionsverlagerung in die Dritte Welt wird im Artikel »Pharma-Multis und Unterentwicklung« ausführlich diskutiert. Die internationale Produktion wird praktisch ausschließlich innerhalb eines Pharma-Multis organisiert. Die Wirksubstanz wird meistens im Stammhaus — bei Bayer in Leverkusen beispielsweise — hergestellt. Die Tochterfirma — Bayer Peru — kauft die Wirksubstanz in grossen Mengen, um daraus in Peru fertige Tabletten herzustellen.

Bei dieser Art des Pharma-Geschäfts werden an zusätz-

lichen Stellen überhöhte Preise verlangt: für die Wirksubstanz, die in aller Regel vom Stammhaus des Multis bezogen wird und für die Anwendung der benützten Technolgie. Die UNO-Untersuchungen belegen, daß gerade bei dieser Form des internationalen Pharmageschäfts die Medikamente besonders teuer werden. Die Multis können dabei noch mehr verlangen, da die ganzen Transaktionen innerhalb des Konzerns verlaufen; konzerninterne Leistungen und Verrechnungspreise sind kaum kontrollierbar.

Sind dies zufällige Beispiele für die Preispraxis der Pharma-Multis? Ganz im Gegenteil! Dutzende von Untersuchungen der UNO belegen diese systematische Preispolitik der Pharma-Multis gegenüber der Dritten Welt. Ihre Marktmacht ist dort so groß, daß sie sich die beschriebene konzerninterne Gewinnverschiebung in die »Erste« Welt, die mit den überhöhten Verkaufspreisen in der Dritten Welt verbunden ist, gegenüber der preiswerter anbietenden Konkurren auf dem Weltmarkt leisten können. In Peru beispielsweise war der Importpreis für 1 kg Tetracyclin um 1192% höher als der Weltmarktpreis. Anders herum gesagt: auf dem Weltmarkt könnten mit der gleichen Geldsumme rund 12 mal so viel Tetracyclin-Ampullen beschafft werden wie durch den Import durch die Multis [11].

Beliebig viele solcher Beispiele ließen sich noch anführen. Überhöhte Preise wurden für Brasilien, Indien, Kolumbien, Pakistan, Peru, die Philippinen und Sri Lanka nachgewiesen. Diese Preispolitik der Multis ist von der UNO und der WHO mehrfach verurteilt worden.

Es gibt aber noch weitere Praktiken, die zu den besonderen Profiten der Pharma-Multis in der Dritten Welt beitragen. Durch die Werbung, die Sortimentspolitik und die Arzneimittelunsicherheit in der Dritten Welt werden die Gewinne ganz entscheidend beeinflußt. Breit beworbene, aber unwirksame Luxusmedikamente fast ausschließlich für die relativ kaufkräftigen Oberschichten sind eine wesentliche Stütze des Geschäfts der Multis in der Dritten Welt. Und durch frisierte Angaben unbedenklich gemachte Arzneimittel erweitern das Absatzgebiet auf Kosten der Arzneimittelsicherheit. Dies sind keine Schreckensgemälde: im Artikel von E. Scholz wird diese Geschäftspraxis an ausgewählten Beispielen belegt.

Durch solche Geschäftspraktiken erzielen die Pharma-Multis ernorme Gewinne. Selbst die offziell angegebenen Zahlen bleiben, bei aller Manipulation nach unten, enorm. So machten die von den Pharma-Multis im Jahre 1976 auf den Philippinen erwirtschafteten Gewinne *im Durchschnitt* 24% des Kapitals aus. Oder, anders ausgedrückt: in rund 4 Jahren überstiegen die erwirtschafteten Profite das eingesetzte Kapital — eine atemberaubende Amortisationsrate!

Überhöhte Importpreise — in der Apotheke manchmal trotzdem billiger

Die hohen Preise, die die Multis für ihre Medikamente nehmen, scheinen den Erfahrungen zu widersprechen, wenn wir als Touristen in der Dritten Welt eben diese Medikamente in der Apotheke kaufen. Da sind sie nämlich meistens billiger als bei uns. Aber die BRD-Pharmapreise sind ein etwas unglücklich gewählter Vergleichswert, weil sie die höchsten in ganz Europa sind (dies gibt sogar der »Bundesverband Pharmazeutische Industrie« zu.[12] In diesem Zusammenhang muß folgendes beachtet werden: die Pharma-Multis verkaufen ihre Medikamente nicht direkt an den Kunden, sondern das tun die Apotheken usw. Der Verkaufspreis in unseren Apotheken, den wir als Touristen zum Vergleich nehmen, kommt durch zusätzliche Preisaufschläge für das Verteilernetz (Grossisten, Apotheken) zustande. Diese Aufschläge sind in der Dritten Welt viel geringer als bei uns, und das ist der Grund dafür, warum in der Dritten Welt teuer importierte Arzneimittel in der Apotheke billiger verkauft werden als in der BRD.

Der Vergleich hinkt auch an einer anderen Stelle: wir müßten die Preise eigentlich zu den durchschnittlichen Einkommen bei uns und in der Dritten Welt in Beziehung setzen. Dann würden wir sehr schnell sehen, daß für die Bevölkerung in der Dritten Welt die meisten Medikamente unerschwinglich teuer sind.

Marcel Bühler

Anmerkungen:

1 Vgl. Pharma-Daten (1981), hrsg. v. »Bundesverband Pharmazeutische Industrie e.V.«, (Frankfurt, 1981), S. 10.
2 Vgl. H.V.N. Gunarätne, Bringing drug costs down, in: World Health Forum, 1 (1,2), (1980), S. 117ff. - Die Angaben über die weltweite Arzneimittelproduktion sind leider nicht allzu genau. So wird beispielsweise die Pharma-Produktion der VR China nicht aufgeführt, deren Wert im Jahre 1980 7 Mrd. Yuan (off. Kurs: 1 Yuan = 1,35 DM) betrug. Vgl. dazu: Medikament und Meinung, Monatszeitschrift des »Bundesverbandes Pharmazeutische Industrie«, 7 (1980).
3 Angaben nach: Pharma-Daten (1980)
4 Ebd.
5 Ebd.
6 a.a.O., S. 29
7 Vgl. Unido (Lall), The growth of the pharmaceutical industry in developing countries, (Wien, 1978), S. 8.
8 Vgl. UN-Centre On Transnational Corprations, Transnational corporations and the pharmaceutical industry, (New York, 1979), S. 125ff.
9 Nach eigener Zusammenstellung und Gesellschaftsstudien SKA (diverse Ausgaben).
10 Vgl. UNCTAD TT 36, Technology policies in the pharmaceutical sector in the Philipines, (1980), S. 16.
11 Vgl. Carlos Rios, Remedios y Capitalismo, (Lima, 1979), S. 60.
12 Vgl. Pharma-Daten, (1980), S. 43.

Weitere wichtige Quellen:

— Andrew Herxheimer, The sale of drugs in third world countries with reference to prices,and safety, CAP seminar papers, (Penang-Malaysia, Sept. 1979).
— Milton Siverman, The drugging of the Americans, (University Berkeley Press, 1976).
— Max Tiefenbacher, Lambarene genügt nicht mehr- Pharma Dialog 63, hrsg. v. »Bundesverband Pharmazeutische Industrie«, (Febr. 1980).
— UNCTAD TT 34, Technology policies in the pharmaceutical sector in Nepal, (1980).
— UNCTAD k TD/B/C 6/20, Case study in the transfer of technology — the pharmaceutical industry in India, (1977).
— John Yudkin, Provision of medicine in a developing country, in: Lancet, (April 15, 1978), S. 810–812.



Arzneimittelunsicherheit in der Dritten Welt

Pharmamarketing in den Entwicklungsländern

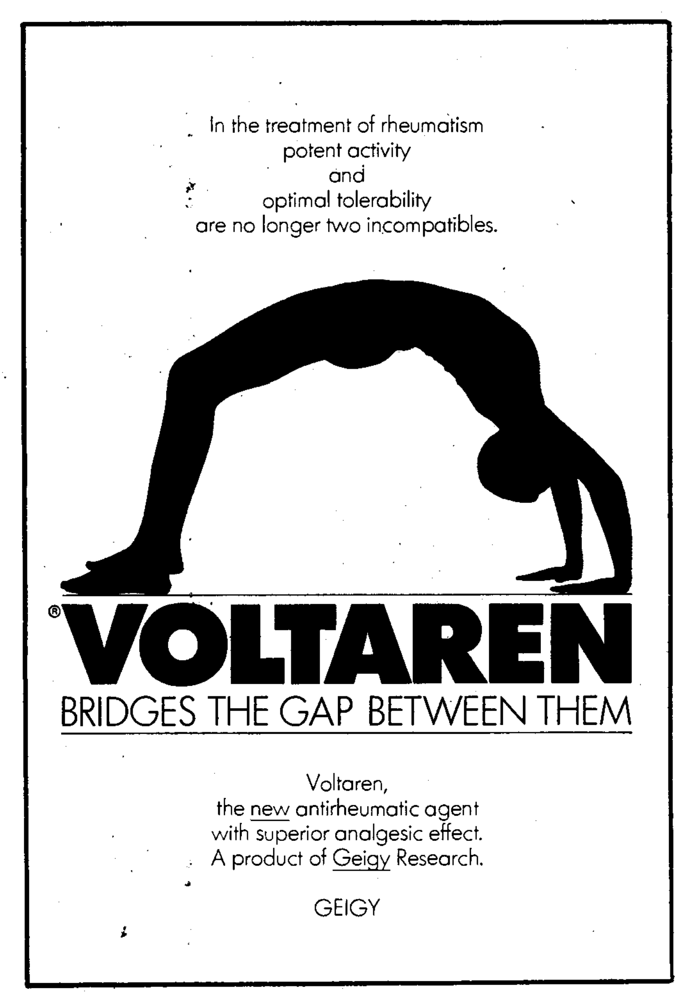
**Dieser Artikel beschäftigt sich mit dem Marketing von Arzneimitteln multinationaler Firmen in der „3. Welt“.
Anhand des Werbeetats der pharmazeutischen Industrie in Tansania sowie von Beispielen für „harte Werbemaßnahmen“ zweier Firmen in Afrika werden die Anstrengungen dieser Branche illustriert, ihre Umsätze zu steigern, Marktanteile zu vergrößern sowie auf Kritiker Einfluß zu nehmen.
Es werden eine Reihe von Beispielen für doppelte Standards bei Arzneimittelinformationen genannt. Die Firmenangaben über Anwendungsgebiete, Nebenwirkungen und Risiken einiger häufig verwendeter Medikamente in mehreren Entwicklungsländern Asiens und Afrikas werden dabei mit den Informationen über das gleiche Präparat in Industriestaaten verglichen; es werden Beispiele angeführt, daß in der 1. Welt verbotene Arzneimittel in jenen Ländern weiterhin verkauft werden (Aminophenazon).
Es wird auf Präparategruppen hingewiesen, die von fragwürdigem Wert für die eigentlichen Gesundheitsprobleme in den Entwicklungsländern sind (Vitamine, Schlankheitsmittel), trotzdem jedoch einen hohen Umsatzanteil haben.
Abschließend gehe ich kurz auf die Preispolitik der pharmazeutischen Industrie in der 1. Welt und der 3. Welt ein und illustriere deren Einfluß auf die Zugänglichkeit von Medikamenten für die breite Bevölkerung an einem Beispiel aus Mexiko.**

1. Pharmawerbung

Die Werbemethoden der Pharmaindustrie lassen vieles zu wünschen übrig. Sie reichen von Werbeinseraten in Fachzeitschriften bis zum Versand von Prospekten direkt an die einzelnen Ärzte; von der Förderung öffentlicher Veranstaltungen bis zur „Bewirtung“ von Ärzten auf Kongressen; und von der Verteilung kostenloser Muster bis zur baren Belohnung für jedes verschriebene Produkt der jeweiligen Firma. Dies alles gilt sowohl für die Erste als auch für die Dritte Welt.
Für Entwicklungsländer kommt jedoch erschwerend hinzu, daß die Ärzte dort kaum Zugang zu aktueller Fachliteratur haben, in der sie sich kritisch über Arzneimittel informieren könnten. Sie laufen deshalb Gefahr, sich zu sehr auf ungenaue und deshalb unzureichende Informationen der Pharmahersteller und ihrer Vertreter zu verlassen. (1)
Jede Information seitens des Herstellers eines Produktes hat bekanntlich den großen Nachteil, nicht völlig objektiv zu sein. Die Vorzüge des eigenen Produktes werden besonders herausgestellt, um dadurch ein Umsatzplus zu erzielen. Wissenschaftliche Information auf der einen und verkaufsfördernde Werbung auf der anderen Seite können folglich nicht klar getrennt werden. Gerade die Pharmaindustrie versucht aber immer wieder, dies zu tun.

Was die Werbung kostet

Die bundesdeutschen Pharmahersteller beziffern ihre Kosten für wissenschaftliche Information und Werbung zusammen auf 18,4 % des Fabrikabgabepreises. Der Anteil der reinen Werbung wird dabei mit 4,9 % angegeben. Der Vertrieb, unter dessen Rubrik ebenfalls Werbekosten fallen, macht weitere 10,6 % aus. (2)
Diese Zahlen werden von Friedrich et al. anhand einer Untersuchung über die Pharma-Werbeausgaben im Jahr 1973 bestätigt, allerdings mit dem Unterschied, daß zwischen Werbung und wissenschaftlicher Information nicht differenziert wird. (3) An gleicher Stelle wird außerdem dargelegt, daß die Pharmaindustrie für Forschung und Entwicklung mit ca. 10 % des Fabrikpreises lediglich halb soviel ausgibt wie für die Verkaufsförderung.
Jeder, der einmal die Hochglanzprospekte der Pharmaindustrie oder deren aufwendige Anzeigenserien in Ärztezeitschriften gesehen hat, wird zugeben müssen, daß es in der Tat sehr schwer ist, darin die ‚wissenschaftliche‘ Information aufzufinden. Wenn man davon ausgeht, daß 26 % der BRD-Pharma-Exporte (4) (vgl. M. Buhler: Pharma-Multis und Unterentwicklung, in diesem Heft), dann mußten die armen Länder in eben diesem Jahr nur für die Werbekosten der bundesdeutschen Pharmaindustrie 250 Millionen DM bezahlen. Für diesen Betrag hätte sich der 47 Mill. Einwohnerstaat Philippinen die Hälfte der im gleichen Jahr landesweit verbrauchten Arzneimittel kaufen können.



VOLTAREN – Werbung für ein Rheumamittel in Afrika – Vermarktung des weiblichen Körpers auch in Entwicklungsländern

Pharmavertreter

Nach internen Berechnungen der Industrie kostet ein Ärztebesucher jährlich einschließlich aller Nebenausgaben im Durchschnitt ca. 100.000 DM. (5) der entsprechende Jahresaufwand beträgt bei 9.000 Pharmavertretern in der BRD (6) unter Berücksichtigung gestiegener Gehaltskosten folglich über eine Milliarde DM.
Zwar ist die absolute Zahl der Ärztebesucher in der Dritten Welt niedriger als hierzulande, und sicherlich verdienen sie auch weniger. Bemerkenswerterweise ist die Zahl der Ärzte, die ein Pharmavertreter in Entwicklungsländern „betreut", jedoch häufig kleiner als bei uns: BRD – 1 : 18, Tansania – 1 : 4, Mexiko – 1 : 3. (7)
Da das ärztliche Verschreibevolumen in der Ersten und der Dritten Welt wertmäßig etwa gleich ist (8), kann man folglich annehmen, daß der Anteil der Ärztebesucher-Kosten an den Arzneimittel-Gesamtausgaben (Fabrikpreise) in den Ländern der Dritten Welt ähnlich hoch liegt wie in den Industriestaaten (BRD 7,8 %).
Noch nicht berücksichtigt ist hierbei der volkswirtschaftliche Verlust, der dem Entwicklungsland entsteht, wenn ein Arzt nach abgeschlossenem Studium das lukrative Berufsangebot eines Vertreters der pharmazeutischen Industrie dem kargen Gehalt eines Arztes im staatlichen Gesundheitswesen vorzieht, mithin dessen hohe Ausbildungskosten für den Staat verloren sind.

Harte „Werbemaßnahmen"

Neben den ‚legalen' Methoden der Verkaufsförderung kennt die Pharmaindustrie auch härtere Spielarten (9)

- Zwei kenianische Ministeriumsbeamte wurden 1973 verurteilt, weil sie Bestechungsgelder in Höhe von 100.000 Kenianischen Shilling entgegengenommen hatten. Sie hatten riesige Mengen Arzneimittel bestellt, u. a. VALIUM bzw. BACTRIM, das bei den damaligen Verbrauchsraten für 10 bzw. 13 Jahre ausgereicht hätte. Beide Arzneimittel werden von dem Schweizer Multi Hoffmann-La Roche hergestellt.
- In Tansania sollte auf einem wissenschaftlichen Seminar die Dokumentation zweier Universitätsärzte über die Risiken von Aminophenazon und Dipyrone (Metamizol, NOVALGIN) veröffentlicht werden. Die Botschaft des Industrielandes, wo der Großteil der Arzneimittel mit diesen Wirkstoffen hergestellt wird, soll eine derartige Kritik zu einem Zeitpunkt, da ihr Land gerade den Bau eines Uni-Gebäudes finanzierte, als unpassend bezeichnet haben. Die Dokumentation wurde nie veröffentlicht.

Wer an dieser Stelle einwendet, die zitierten Beispiele seien veraltet oder bedauerliche Einzelfälle, der möge sich von einem Arzt aus der Dritten Welt eines besseren belehren lassen, der erst in jüngster Zeit feststellte: „Die Kosten für die Fügsamkeit von Behörden oder für ärztliches Stillhalten sind manchmal nicht höher als der Preis eines Rückflugtickets nach Singapore oder Bangkok". (10)

2. Doppelstandards bei Arzneimittel-Information

Gemeint ist hiermit die von der Pharmaindustrie geübte Praxis, Informationen über Anwendungsbereiche, Dosierungen, Kontraindikationen (= Krankheiten, bei denen ein Medikament auf keinen Fall gegeben werden darf), und Nebenwirkungen ihrer Präparate nicht immer dem jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand, sondern allenfalls der nationalen Arzneimittel-Gesetzgebung anzupassen.
Dabei muß man wissen, daß die Mehrzahl der Entwicklungsländer entweder gar keine Arzneimittel-Gesetzgebung haben oder aber nur inzwischen längst überholte Bestimmungen aus ihrer Kolonialzeit anwenden. Die Folge ist, daß kaufmännische Gesichtspunkte die Informationspolitik der Pharmamultis bestimmen und zu einem **Zustand permanenter Arzneimittelunsicherheit in der Dritten Welt** führen.
Diese Behauptung soll anschließend beispielhaft belegt werden. Die Informationen stützen sich dabei auf die jeweils aktuellen Ausgaben der folgenden Arzneimittelverzeichnisse (zu den Verbreitungsgebieten s. Literatur-Anhang). (12)

1. MIMS (Monthly Index of Medical Specialities) Africa 4/81,
2. MIMS Middle East 4/80,
3. MIMS India I, 7, Mai '81 und
4. DOI (Data Obat di Indonesia) 3.1981.

Die ersten drei Indices erscheinen mehrmals jährlich, zusammengestellt nach Angaben der Herstellerfirmen. Mit Ausnahme Indiens werden sie den praktizierenden Ärzten der betreffenden Länder kostenlos zugestellt.
Aufgrund des weitgehenden Fehlens von Kanälen zur schnellen und effizienten Weiterleitung von Arzneimittelinformationen in vielen Ländern der Dritten Welt (13) ist beispielsweise der MIMS Africa für viele Ärzte die einzige Quelle aktueller Informationen über Arzneimittel. (14)

Wenn anschließend die Informationen über einige Medikamente in der Ersten und der Dritten Welt miteinander verglichen werden, dann muß man sich auch folgendes klarmachen: in vielen Entwicklungsländern ist die Praxis weitverbreitet, alle Arzneimittel ungeachtet eventueller Risiken auch ohne Rezept zu verkaufen. Dies erfolgt nicht selten sogar in normalen Lebensmittelläden ohne ausgebildetes Personal. Pharmaka werden häufig ohne Beipackzettel verkauft, mittels dessen sich der Patient über etwaige Risiken, aber auch über Art und Häufigkeit der Einnahme selbst informieren könnte. Doch auch wenn dies der Fall sein sollte, ist damit allein noch keine größere Arzneimittelsicherheit hergestellt, da viele Patienten nicht lesen können. Alle diese Tatsachen würden diese genaue und umfassende **Aufklärung von Arzt und Verkäufer** über die Risiken der Arzneimitteln in Drittweltländern noch dringender erforderlich machen als in den Industriestaaten.
Doch die Pharmamultis kümmert dies alles nicht:

Beispiel I:

Hormone gegen Unterernährung?

Namen:
FORTABOL, PRIMOBOLAN DEP. Schering
WINSTROL Winthrop
DIANABOL Ciba-Geigy

Anwendung:
Osteoporose (Krankheit des Knochens), aplastische Anämie (Blutarmut), bestimmte Krebsformen. In Verbindung **mit einer eiweißreichen Diät** auch zur vermehrten Bildung von körpereigenem Eiweiß, der Erfolg dieser Anwendung wird jedoch von vielen Medizinern bestritten.

Problem:
Die oben genannten Arzneimittel enthalten Wirkstoffe (Anabolika), die von männlichen Geschlechtshormonen abgeleitet wurden. Diese können bei Mädchen zur irreversiblen Virilisierung (nicht rückgängig machbare Vermännlichung), bei Jugendlichen während der Pubertät zu Wachstumshemmungen und bei längerer Einnahme zu Leberkrebs führen. (15)

Konsequenzen in der 1. Welt:
Generelle Rezeptpflicht, eng gefaßte Anwendungsgebiete und die in aller Regel beachteten Hinweise auf die Nebenwirkungen schränken das Risiko einigermaßen ein.

Konsequenzen in der 3. Welt: KEINE
Im Gegenteil, die Anwendungsbereiche für Anabolika werden von namhaften Firmen bedenkenlos erweitert.

- FORTABOL, PRIMOBOLAN DEP. Schering AG
  Anwendungsgebiete u. a.: schlechter Gesundheitszustand, Untergewicht, Erschöpfung. (16)
- DIANABOL Ciba-Geigy
  Anwendungsgebiete u. a.: Marasmus, Eiweißunterernährung. (17)

Marasmus ist eine in armen Ländern häufige Eiweiß- und Kohlehydrat-Mangelkrankheit, die daher rührt, daß die Menschen dort ständig zu wenig zu essen haben.
In Afrika gibt es mindestens 67 Millionen Menschen (weltweit: 462 Millionen), die unterhalb des von der Welternährungskonferenz festgesetzten Eiweiß-Kalorien-Minimums leben müssen. (18)
Wenn es nach Schering, Ciba & Co ginge, wären dann alle Hungernden dieser Welt potentielle Abnehmer ihrer Anabolika?
Jeder weitere Kommentar hierzu dürfte sich erübrigen.

Beispiel 2:

Risikoarzneimittel statt verantwortungsvoller Bevölkerungspolitik

Namen:
DEPO-PROVERA Upjohn
DEPO-CLINOVIR Upjohn (BRD)
Medroxyprogesterone

Anwendung:
seit 1960 in den USA gegen nicht operierbaren Brustkrebs. Später in vielen Ländern auch als injizierbares Langzeit-Verhütungsmittel (‚Dreimonatsspritze').

Problem:
Führte bei Versuchen mit hohen Dosen an Beagle-Hunden zu Brustkrebs. Fälle von Muttermundkrebs wurden registriert, außer dem Risiko verlängerter (evtl. lebenslanger) Unfruchtbarkeit. (19)

Konsequenzen in der 1. Welt:
In den USA als Verhütungsmittel auch nach mehrmaligem Antrag des Herstellers **nicht** zugelassen. In der BRD unter DEPO-CLINOVIR als injizierbares Mittel zur Empfängnisverhütung auf dem Markt, das erhöhte Krebsrisiko und evtl. verlängerte Unfruchtbarkeit als Nebenwirkungen werden verschwiegen (Rote Liste 1980): auch die BRD ist in Sachen Arzneimittelinformationen ein Entwicklungsland!

Konsequenzen in der 3. Welt: KEINE
Im Gegenteil, hier wird es in zunehmendem Maße als einfach zu handhabendes Mittel in Familienplanungsprogrammen eingesetzt.
Besonders umstritten ist dabei die Rolle der amerikanischen Entwicklungshilfeorganisationen AID, die mit den öffentlichen Geldern riesige Mengen des Verhütungsmittels unter Umgehung der US-Exportvorschriften – keine Exporte von Arzneimitteln, die in den USA nicht zugelassen sind – bei ausländischen Upjohn-Niederlassungen aufkaufte und in die 3. Welt brachte. (20)
Der Direktor der staatlichen Gesundheitsverwaltung Kenias, Dr. Koinange, kennt zwar die Nebenwirkungen von DEPO-PROVERA, verschreibt das Mittel aber trotzdem. Nur an Frauen über 30 Jahren, die schon Kinder haben, wie er sagt. Dies veranlaßte die Kenianische Zeitung „Daily Nation", zu fragen, ob der Arzt etwa Frauen über dreißig als nicht mehr so wichtig ansieht („In Kenia streitet man über ein Verhütungsmittel", FAZ 4. 8. 81). Viele Ärzte scheinen einer ähnlichen Auffasssung zu sein (oder sie sind schlecht informiert), denn laut Upjohn haben bis 1979 fünf Millionen Frauen DEPO-PROVERA als Verhütungsmittel benützt.

Bemerkungen:
Trotz gewisser Vorteile (langzeit-wirksam) sollten die obigen Medikamente wegen des erhöhten Krebsrisikos und anderer Nebenwirkungen zur Empfängnisverhütung nur in Ausnahmefällen verwendet werden. Sie sind **keine** Arzneimittel für den routinemäßigen Gebrauch. (21)

Beispiel 3:

Keine Lehren aus dem SMON-Skandal

Namen:
MEXAFORM, ENTERO-VIOFORM Ciba-Geigy
OLETRON Bayer (Komb.)
ENTERO SEDIV Grünenthal (Komb.)
Clioquinol

Anwendung:
bei Amöbenruhr (Infektionskrankheit des Darmes mit häufigen Durchfällen) sowie zur Vorbeugung und Behandlung unspezifischer Durchfälle (u.a. ‚Reisedurchfall').

Problem:
Die Wirksamkeit von Clioquinol bei unspezifischen Durchfällen ist zweifelhaft, und gegen Amöbenruhr stehen risikoärmere Arzneimittel (Metronidazol, Diloxanid) zur Verfügung. (22)
Viel verheerender sind aber die durch Clioquinol verursachten Nervenschäden, bekannt gewordenn unter dem Begriff SMON-Krankheit. Sie gehen einher mit ständigen Schmerzen, Lähmungen der Arme und Beine, Blindheit, in Einzelfällen sogar mit Todesfolge.
In Japan erreichte die SMON-Krankheit epidemische Ausmaße – 10.000 bis 30.000 Menschen waren betroffen.
Auch aus anderen Ländern (England, Australien, Schweiz, Schweden, Dänemark, Niederlande, USA) wurde über die oben beschriebenen Symptome nach Einnahme von Clioquinol berichtet. (23)

Konsequenzen in der Ersten Welt
Aufgrund der strengen Gesetzgebung in den USA mußten die Hersteller ihre Clioquinolpräparate dort bereits 1962 unter Rezeptpflicht stellen und die Anwendung auf Amöbiasis beschränken. 1972 stoppte Ciba-Geigy den Verkauf in den USA aus „kommerziellen Erwägungen" (24). In Japan, Neuseeland, Schweden, Dänemark und Norwegen wurden clioquinolhaltige Medikamente vom Markt genommen oder verboten, in der BRD, Finnland und Frankreich unter Rezeptpflicht gestellt.

Konsequenzen in der Dritten Welt KEINE

Eine kürzliche Prüfung (25) von 12 Clioquinolpräparaten in Indonesien, Malaysia, den Philippinen und Thailand ergab sogar, daß von 20 Mustern:

- alle außer einem ohne Rezept gekauft werden konnten
- 4 keine Anwendungshinweise enthielten
- 11 immer noch für nicht spezifische Durchfälle empfohlen wurden
- 10 keinerlei Warnung enthielten, die Einnahme sofort nach Auftreten der ersten Zeichen einer Nervenschädigung zu beenden

MIMS Africa 4/81: von 42 Mitteln gegen Durchfall enthalten 10 noch immer Clioquinol, darunter ENTERO SEDIV Grünenthal, MAROL und NIMAROL Ciba Geigy.
MIMS India Mai/81: 7 clioquinolhaltige Präparate gegen Durchfall, darunter ENTERO-VIOFORM und MEXAFORM, beide Ciba-Geigy. Für beide ist Enteritis als erstes Anwendungsgebiet genannt, d. h. genau die Indikation, die nach den japanischen Erfahrungen das größte SMON-Risiko birgt.
DOi (Indonesien) 3/81: mind. 12 Clioquinolpräparate (1979: 22), darunter OLETRON Bayer mit dem Text: „. . . zur Behandlung und Vorbeugung von Durchfall, Dickdarmentzündungen, Verdauungsstörungen, Amöbiasis".
Die verschleiernde Namensgebung mancher Firmen macht die Situation noch gravierender. Wer weiß denn, daß sich hinter Jodochlorhydroxy, Quiniodochlor (26) bzw. 5.Chloro-7-iodo-8-quinoline immer das gleiche verbirgt: nämlich Clioquinol.

Bemerkungen:

Unter Durchfällen (Gastroenteritis) leiden weltweit ständig 400 Mill. Menschen. (27) Die Wirksamkeit von Clioquinol gegen diese Symptome ist nicht ausreichend belegt. Seine Gefährlichkeit ist jedoch erwiesen. Um 400 Millionen Menschen nicht weiter mit diesem fragwürdigen Mittel zu bedrohen, und weil es für alle seine Indikationen ungefährlichere Alternativen gibt, solte sein weiterer Vertrieb verboten werden.

Beispiel 4:

Die Weltgesundheitsorganisation sagt: LOMOTIL ist wertlos

Namen:

LOMOTIL Searle
REASEC Janssen (BRD)
Diphenoxylat / Atropin

Anwendung:

akuter und chronischer Durchfall

Problem:

Diphenoxylat vermindert die Mobilität (Beweglichkeit) des Darmes und führt zu einer Verminderung der Häufigkeit der Darmentleerungen. Es verhindert jedoch nicht den Wasserverlust in den Darm, sondern kann die Zeichen einer ernsten Dehydratation (Austrocknung) vor allem bei Kindern sogar verschleiern – teilweise mit tödlichem Ausgang. (28)
Gerade infektiöse Durchfälle sind in Entwicklungsländern aber die Haupttodesursache bei Kindern unter 3 Jahren. (29)
Dessen ungeachtet wirbt der US-Pharmamulti Searle weltweit für sein Präparat LOMOTIL mit Behauptungen wie ‚erwiesener Erfolg', ‚gute Verträglichkeit' und ‚ideal für jede Situation'.

Konsequenzen in der Ersten Welt:

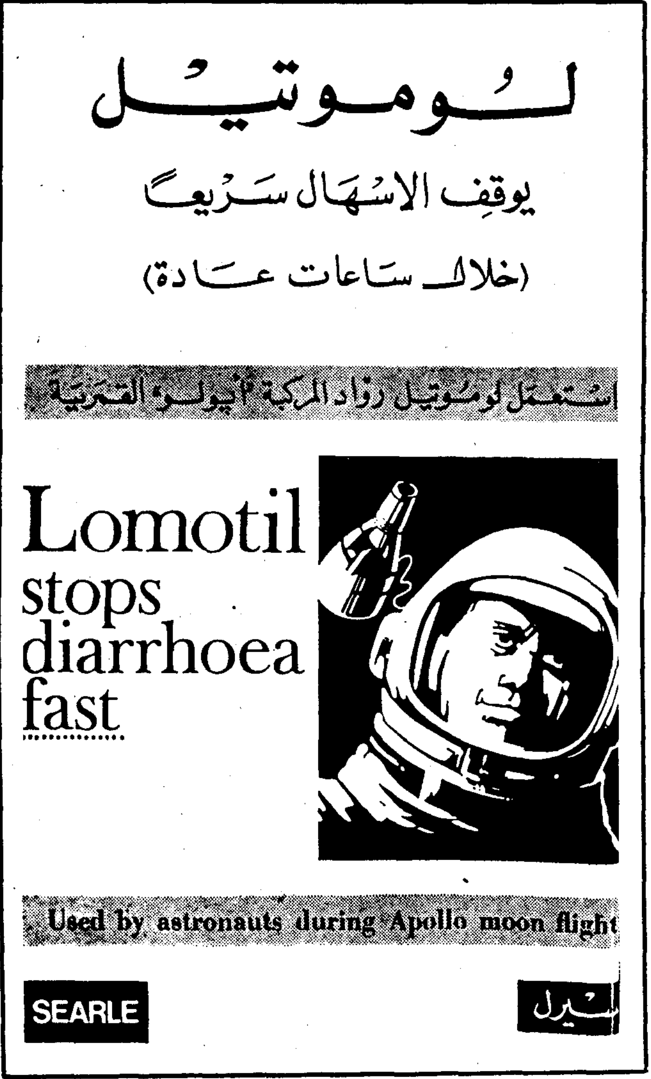
In den USA ist LOMOTIL für Kinder unter 2 Jahren kontraindiziert (= es darf nicht verabreicht werden), in den meisten europäischen Ländern ist es zumindest der Rezeptpflicht unterstellt und wird für Kinder nicht empfohlen.

Konsequenzen in der Dritten Welt: KEINE

Trotz der erhöhten Gefährlichkeit von LOMOTIL für Kinder wird es in Hong-Kong, Thailand, den Philippinen (30) und in Indonesien (31) für Kinder ab 3 Monaten empfohlen. In Afrika und Indien fehlt der Warnhinweis bis 2 Jahre (32), und im Mittleren Osten wird das entsprechende Präparat der Firma Janssen (REASEC) bereits für Kinder ab einem Jahr empfohlen. (33)

Bemerkungen:

„LOMOTIL ist eine gefährliche Kombination von Arzneimitteln, die für Kinder unter zwei Jahren kontraindiziert und bei Kinderdurchfall wahrscheinlich niemals angezeigt ist". (34)
Auch bei Erwachsenen ist dieses Mittel von begrenztem Wert und kein Medikament erster Wahl. Es ist auf keinen Fall für längeren Gebrauch geeignet.
Bleibt noch festzustellen, daß LOMOTIL bis zu 25 mal mehr kostet als andere weitverbreitete symptomatische Durchfallbehandlungen. (35)



LOMOTIL – Werbung für das Durchfallmittel LOMOTIL (MIMS Middle East): Hinweis auf Verwendung beim Apollo-Mondflug statt Information über Gebrauch und Risiken

Beispiel 5:

Entwicklungsländer als Pharma-Müllhalden

Namen: **Freinamen** (bezeichnen alle den gleichen Wirkstoff

- Aminophenazon
- Amidopyrine
- Aminopyrin

Markennamen

- PYRAMIDON — Hoechst
- CIBALGIN COMP. — Ciba Geigy
- SPASMO CIBALGIN — Ciba Geigy

(weitere siehe Tabelle 3

Anwendung: gegen Schmerzen und Fieber

Problem:
Aminophenazon kann Agranulocytose (Verminderung/ Fehlen infektionsabwehrender Blutkörperchen) mit einer hohen Sterblichkeitsrate verursachen. Es begünstigt außerdem unter bestimmten Umständen das Entstehen krebserregender Substanzen (Nitrosamine).

Konsequenzen in der Ersten Welt:
Im Februar 1977 kündigten Ciba-Geigy und Sandoz eine Änderung (Austausch von Aminophenazon gegen das angeblich ungefährlichere Propyphenazon) ihrer Aminophenazon-Präparate in allen Ländern bis zum Jahresende an; Hoechst wollte sie weltweit vom Markt nehmen. (36) In der Mehrzahl der Industriestaaten wurden diese Maßnahmen auch tatsächlich durchgeführt.

Konsequenzen in der Dritten Welt:
Hier ist Aminophenazon nur in wenigen Ländern wie Singapore, Arab. Rep. Jemen und Südkorea (37) verboten. In anderen Ländern wie den Philippinen wurde es offiziell zwar vom Markt gezogen, ist im Großhandel und den Apotheken in Form verschiedener Schmerzmittel weiterhin erhältlich.(38)
Einen Überblick über die weiter erfolgte Vermarktung von Aminophenazon in Entwicklungsländern gibt die Tabelle 3.
Insgesamt gibt es 1981 in Indonesien noch 3 (1979: 23 !), in Afrika (anglophon) noch 4, in Mittelostasien noch 9 (1980) und in Indien noch 4 aminophenazonhaltige Arzneimittel auf dem Markt.
Auf Anfrage erklärten Hoechst, Asta, Byk, Gulden und Knoll die Zusammensetzung ihrer beanstandeten Produkte bereits vor längerer Zeit (ARANTIL), parallel mit der Umstellung in der BRD (MELIOMEN, GAMBARAN), im Jahre 1977 (KOLTON GRIPPALE) bzw. bis zur Registrierung ihrer aminophenazonfreien Präparate (NEOPYRIN, NEOSAL, OSADRIN) geändert zu haben oder ändern zu wollen. ROSIMON (Ravensberg) soll in keinem afrikanischen Land mehr im Handel sein.

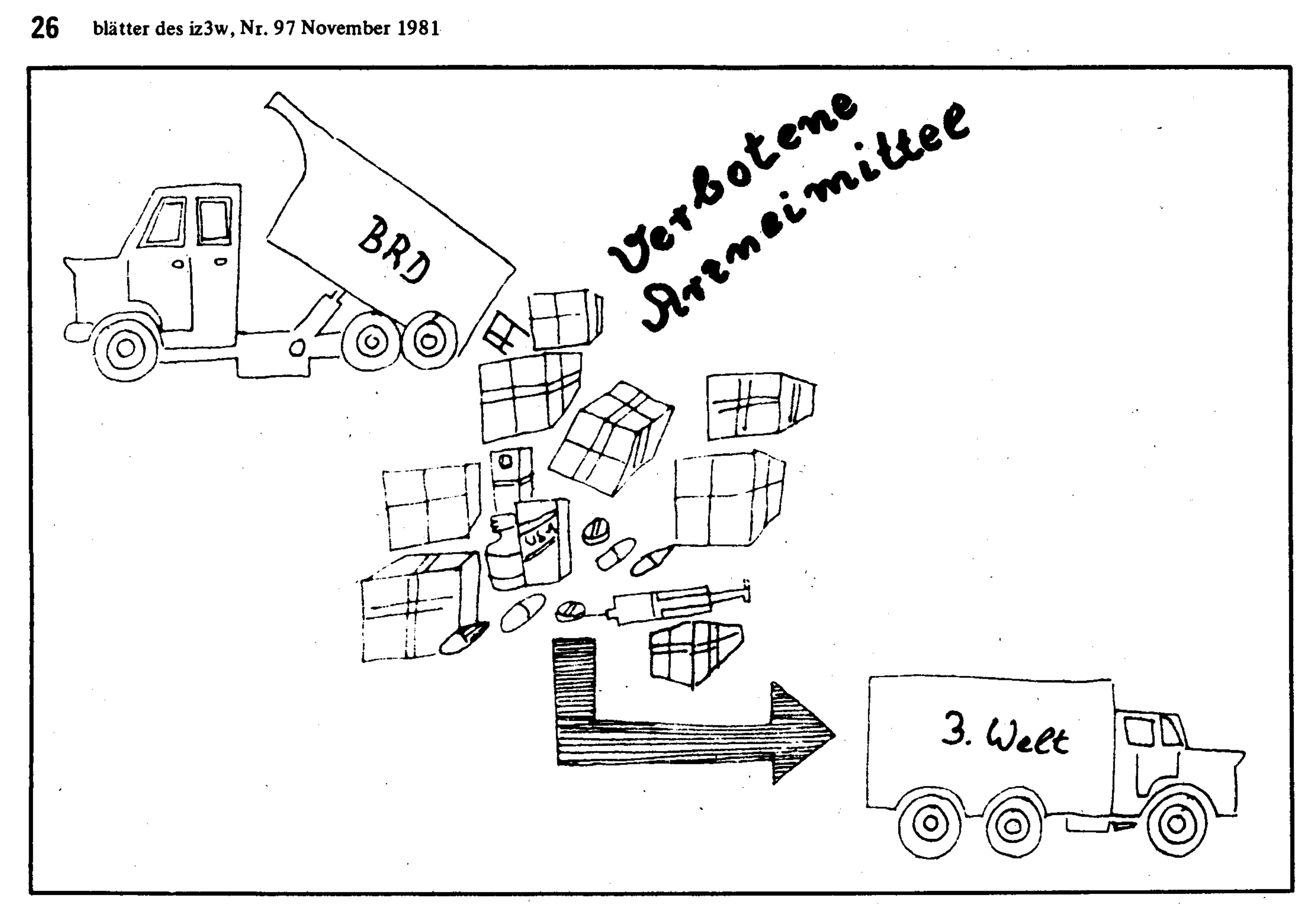
Tabelle 3: Vermarktung von Aminophenazon in der „3. Welt"

Name	Hersteller	Land/Region	Jahr
ARANTIL	Hoechst	Indonesien	1979
CIBALGIN COMP.	Ciba Geigy	Indien	1981
GAMBARAN	Asta	Indonesien	1981
IRGAPYRIN	Ciba Geigy	Indonesien	1979
KOLTON GRIPPALE	Byk Gulden	Indonesien	1979
MELIOMEN	Asta	Naher und Mittlerer Osten	1980
NEOPYRIN, NEOSAL, OSADRIN	Knoll	Naher und Mittlerer Osten	1980
ROSIMON	Ravensberg	Afrika	1981
SPASMO CIBALGIN	Ciba Geigy	Indonesien	1979
VERAMON	Schering	Indonesien	1979

Quellen: siehe jeweiliger Arzneimittelindex (Literatur)

Befriedigen kann jedoch keine dieser Firmendarstellungen, denn:
- wenn sie stimmen, so bleibt doch unerfindlich, weshalb die notwendige Änderung der Produktinformation in den jeweiligen Arzneimittelverzeichnissen zum Teil vier Jahre lang unterblieben ist.
- der Hinweis auf die Fortsetzung des Vertriebs wegen noch nicht erfolgter Registrierung der neuen Produkte kann doch wohl nur heißen, daß hier die Sorge um die Gesundheit der Patienten dominiert wird von der Sorge um die Erhaltung von Marktanteilen.

Am Rande sei noch vermerkt, daß der oben beschriebene Austausch von Aminophenazon gegen Prpyphenazon nicht unumstritten ist, da letzteres als Pyrazolonverbindung zur gleichen Wirkstoffgruppe gehört wie Aminophenazon und insofern auch ähnliche Nebenwirkungen hat.
Unabhängig von diesem Fachstreit ist jedoch festzustellen, daß hier Entwicklungsländer zu Müllhalden degradiert werden, auf denen in Industrieländern unverkäufliche Rest-Arzneimittel noch mit Gewinn deponiert werden!



Bemerkungen:

Aminophenazon kann zu schweren Blutschädigungen führen. Es gibt genug ebenso wirksame, aber weniger gefährliche Schmerzmittel, so daß sein Gebrauch nicht gerechtfertigt ist – es sollte generell nicht mehr angewendet werden.

Multis und nationale Elite

Die Reihe der Beispiele von diskriminierenden Praktiken bei der Information über Arzneimittel in der 3 Welt (und teilweise auch bei uns) ließe sich fortführen. Letzten Endes ist es aber weniger wichtig, ob es nun 10 oder 100 Arzneimittelskandale gibt, schlimm genug ist, daß sie überhaupt vorkommen können.
Anzuklagen sind hier jedoch nicht nur die Praktiken einer gewissenlosen Pharmaindustrie. Es muß deutlich darauf hingewiesen werden, daß erst das Zusammentreffen der Multiinteressen mit den von oft reaktionären nationalen Eliten kontrollierten Staatsapparaten in der 3. Welt derartige Geschäfte ermöglicht. Wo sich die wohlhabenden 5 % eines Entwicklungslandes völlig mit dem westlichen Lebensstil und seiner Gesundheitsindustrie identifizieren, da ist kein Platz für eine Arzneimittelpolitik, deren Nutznießer die 80 % der Armen in diesen Ländern wären. Im Gegenteil: die Zerstörung der kulturellen Identität ist heute auch bei den Unterprivilegierten in der 3. Welt so weit fortgeschritten, daß für sie bereits der Konsum „westlicher" Arzneimittel als Symbol einer erstrebenswerten medizinischen Versorgung gilt.
Die endgültige Zerstörung dieses für die Pharmaindustrie äußerst lukrativen Irrtums wird allerdings erst gelingen, wenn auch wir in der Ersten Welt bereit sind, die „Errungenschaften" unserer „modernen Medizin" radikal in Frage zu stellen.

3. Nutzlose und Luxusarzneimittel

Wir haben bisher ausschließlich die Werbung der Pharmakonzerne betrachtet, welche Kosten sie verursacht, und wie sie sich, als „wissenschaftliche Information" verkleidet, negativ auf die Arzneimittelsicherheit auswirkt.
Die Marketingabteilungen der Pharmaindustrie machen jedoch nicht nur die Werbung für ihre Produkte, sie entscheiden ebenfalls, welche Arzneimittel auf den Markt gebracht werden sollen.
Letzteres hängt im wesentlichen von zwei Fragen ab, die sich schnell beantworten lassen:

1. Wer kann in der Dritten Welt Arzneimittel kaufen?
Antwort: Natürlich nur diejenigen, die Geld haben, d. h. maximal 20 % der Bevölkerung. Für die arme Mehrheit der Bevölkerung in diesen Ländern sind Medikamente praktisch unerreichbar (siehe dazu das Kapitel Arzneimittelpreise).

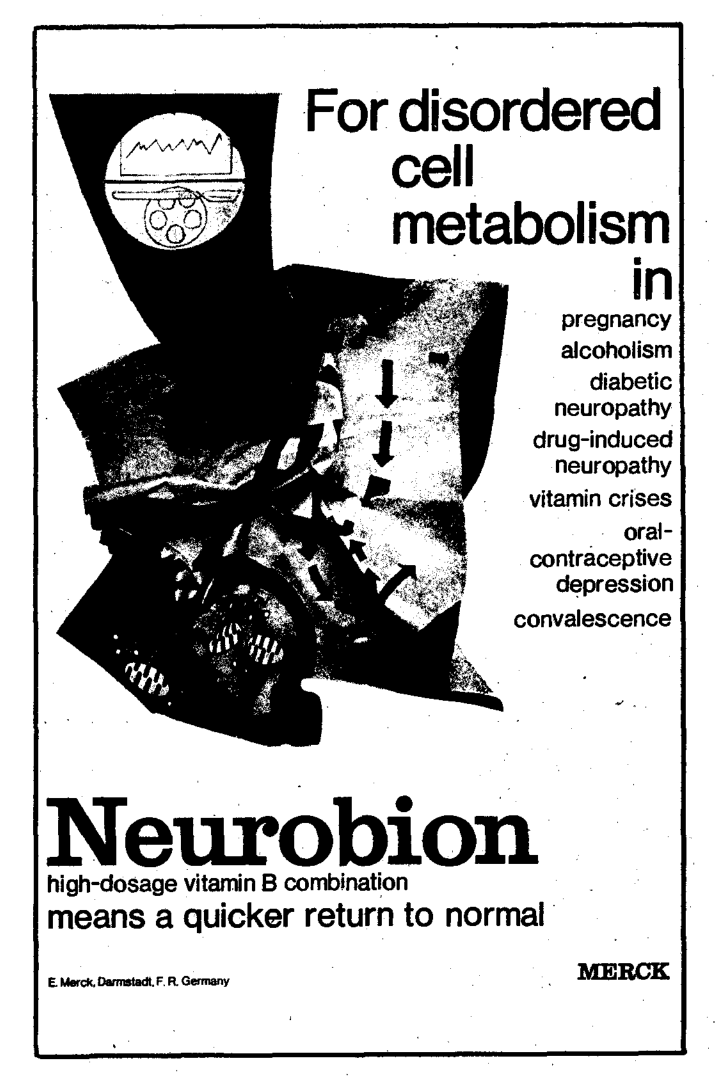
2. Welche Produkte hat die Pharmaindustrie anzubieten?
Antwort: 90 % aller Arzneimittel werden in der Ersten und der Zweiten Welt (= Staatshandelsländer) hergestellt, ca. 75 % davon werden dort auch verbraucht (s. M. Bühler: Die besonderen Profite ..., in diesem Heft). Diese Mittel wurden also in erster Linie für die Industrieländer entwickelt (Herz-, Kreislauf- und degenerative Krankheiten, Krebs) und entsprechen damit nur ungenügend den Bedürfnissen der Entwicklungsländer (Infektionen, Parasitenbefall).
Mit anderen Worten: viele Präparate der Pharmaindustrie sind ungeeignet für die medizinischen Probleme der Dritten Welt.

Diese Aussage soll anschließend mit einigen Beispielen belegt werden.

Vitamine

Vitamine können bei gewissen Mangelkrankheiten (perniziöse Anämie) oder in Situationen eines vorübergehend gesteigerten Vitaminbedarfs unentbehrlich sein. Sie sind aber keine Mittel gegen Unter- oder Mangelernährung! Wenn man das Sortiment der Pharmaindustrie betrachtet, muß man allerdings einen anderen Eindruck bekommen:

– in **Indien**, dem Land mit den größten Ernährungsproblemen, werden gleich 1.134 verschiedene Vitamin- und Stärkungsmittel angeboten. (39)
– Der MiMS **Africa** führt 255 Vitamin- und Mineralpräparate sowie Zusätze für Nahrungsmittel auf, von denen einige sogar Anabolika enthalten (s. 32!).
– in **Pakistan** erreichen die Ausgaben für Vitamine 13 % des Arzneimitteletats; die entsprechenden Zahlen für **Venezuela** und die **Philippinen** betragen 8 %. (40)



NEUROBION – Vitamine als Arzneimittel: bei ... Alkoholismus ... Depression durch Verhütungsmittel ... (MIMS Africa)

Ein derartiger Luxus dürfte lediglich der Handelsbilanz der Industriestaaten, nicht aber der kranken Bevölkerung dieser Länder zugute kommen. Und außerdem: Der tägliche Vitamin-C-Bedarf des Menschen liegt bei 0,1 g, das entspricht etwa 200 g Apfelsinen. Hierführ bezahlt man in Mexico ca. 80 Centavos, das ist 10-mal weniger, als die entsprechende Menge eines industriellen Vitaminpräparates kostet. (41)

Lebensmittel – als Medikament verkleidet

Brand's Hühnerextrakt wird von seinem Hersteller (Ranks Hovis McDougall) gegen alles Mögliche empfohlen, in Malaysia u.a.:

– zur Appetitstimulierung
– nach Krankheiten
– für Frauen bei der Regelblutung, während der Schwangerschaft und allgemein bei Müdigkeit und Depressionen.

In England hat Brand's schon bessere Tage gesehen. Heute wird sein Hühnerextrakt in Fernost hergestellt, wo er auch den profitabelsten Markt findet.
Bis hierhin nichts Besonderes, könnte einer sagen. Besonders ist jedoch der Preis: Brand's Hühnerextrakt ist ca. 20 mal teurer als Eiweiß aus Hühnereiern, 30mal teurer als Protein aus Hühnerfleisch und 50mal teurer als das Eiweiß



Brand's Essence of Chicken – Südostasien: Hühnerextrakt als Arzneimittel

aus lokalen Nahrungsmitteln. Den Nachweis der Überlegenheit seines Produktes über den Rohstoff erbrachte Brand's bisher allerdings nicht. (42)

Schlankheitsmittel

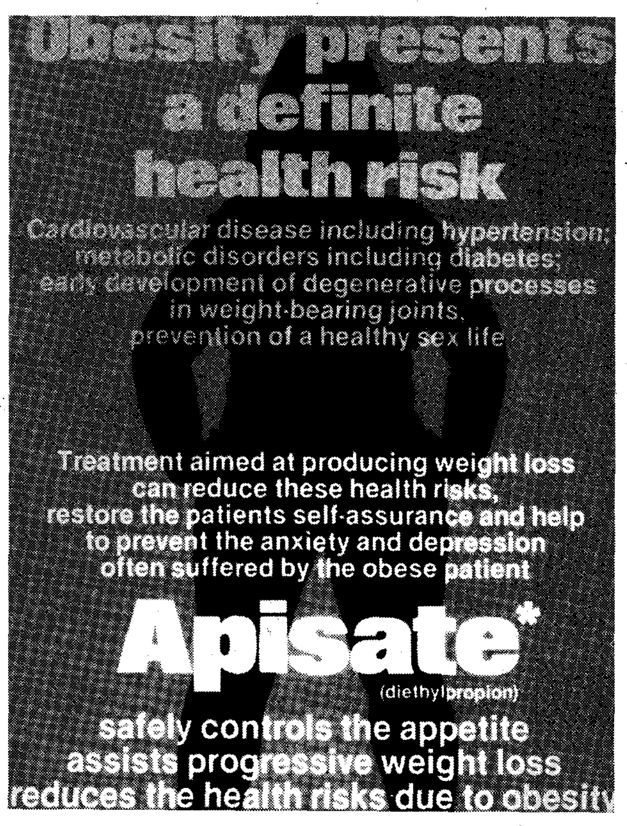
Bei dieser Medikamentengruppe wird die Fragwürdigkeit vieler Arzneimittel in Entwicklungsländern in doppelter Hinsicht deutlich:

1. **Die wirtschaftliche Seite**: Wenn in einem Kontinent wie Afrika, mit einer Unterernährungsquote von 20 % der Gesamtbevölkerung (43) ein weitverbreiteter Arzneimittelindex nicht weniger als 11 Appetitzügler aufführt, so wirft das ein bezeichnendes Bild auf die Abnehmer sowohl dieses als auch der übrigen Medikamente des MiMS.

Sicher gibt es auch in Afrika Übergewichtige, die offensichtlich sowohl an die Wirksamkeit der Schlankheitsmittel glauben, als auch über das nötige Kleingeld verfügen, um sie zu erwerben. Welcher Einkommensgruppe sie wohl zuzurechnen sind, mag dabei der Phantasie des Lesers überlassen bleiben.

Die große Mehrheit der afrikanischen Bevölkerung dürfte für diese Art von Arzneimitteln allerdings nicht nur nichts übrig haben, sondern es darüber hinaus geradezu als grotesk empfinden, wie knappe Devisen für solche, noch dazu gegen Übergewicht so gut wie wirkungslose Medikamente verschwendet werden und damit für die Beschaffung lebenswichtiger Arzneimittel verlorengehen.

2. **Die medizinische Seite**: Alle Abmagerungsmittel enthalten Substanzen, die auf das Zentralnervensystem wirken. Ihr appetitsenkender Effekt ist nur kurzdauernd. Sie sollten nicht lange genommen werden, da sie wegen ihres stimulierenden Effektes das Risiko des Mißbrauchs bergen. Häufig entwickelt sich eine Gewöhnung und die Dosis muß erhöht werden. (44)
Wegen des erhöhten Mißbrauchsrisikos sind Amphetamine bei uns schon länger nicht mehr in Schlankheitsmitteln enthalten. Aus ähnlichen Gründen wurden zwei andere Wirkstoffe (Fentermin – MIRAPRONT, Amfepramon – REGENON RET., TENUATE RET.) in Schweden Anfang 1981 vom Markt genommen. (45)



APISATE – Werbung für ein Schlankheitsmittel im Nahen und Mittleren Osten (MIMS Middle East): . . . sichere Appetitkontrolle

Sowohl Amphetamine als auch die beiden anderen Wirkstoffe werden laut MiMS Africa auf jenem Kontinent auch 1981 noch verkauft. Angaben über Kontraindikationen (u.a. Hochdruck und bestimmte Herzkrankheiten) des in 4 von 11 aufgeführten Appetitzüglern enthaltenen Amfepramon fehlen völlig.

3. **Arzneimittelpreise**

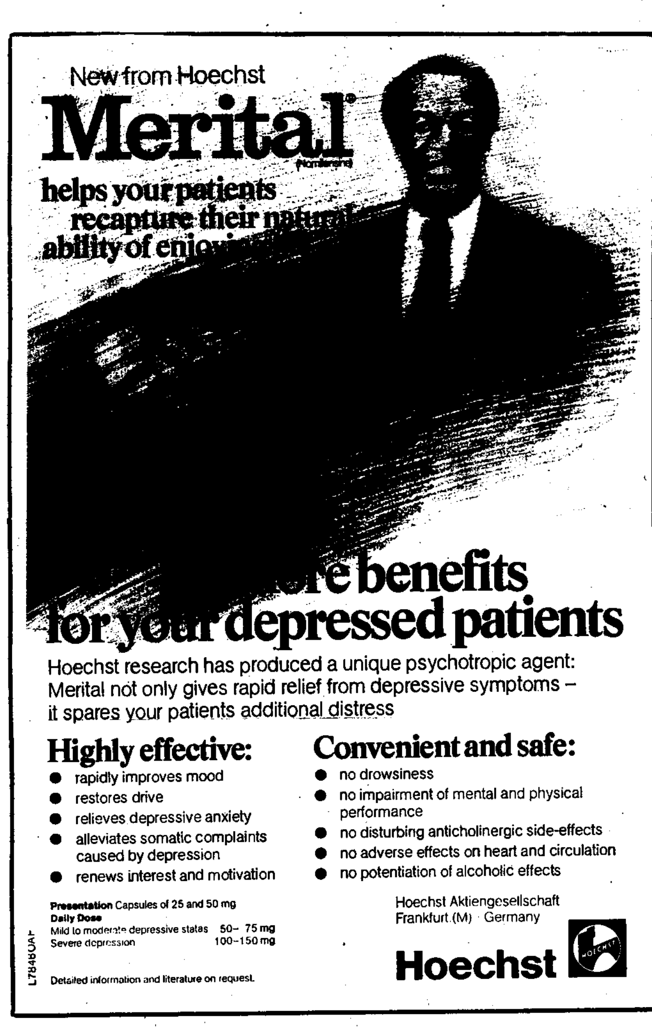
Eine Untersuchung der Preispolitik der Pharmaindustrie würde mehrere Bände füllen. Hierzu deshalb nur einige grundlegende Informationen:

Erste Welt

Jeder Hersteller eines neuen Arzneimittels (Wirksubstanz) wird danach trachten, dieses möglichst frühzeitig zu patentieren. Damit ist er vor Nachahmern geschützt und kann sein Produkt ungestört vermarkten. Die Patentlaufzeit ist national festgesetzt (BRD seit 1978 – 20 Jahre, vorher 18 Jahre). Auf Grund des fehlenden Wettbewerbs können die Preise patentierter Arzneimittel mehr oder weniger willkürlich festgesetzt werden. In der Tat orientieren sie sich dabei nicht an den tatsächlichen Entwicklungs- und Herstellungskosten, sondern daran, was der Markt hergibt.
Nach Ablauf des Patentschutzes ändert sich dieses Bild. Andere Firmen dürfen das „frei gewordene" Medikament nun ebenfalls herstellen und verkaufen. Konsequenz: die Preise purzeln und pendeln sich bei einem sehr viel tieferen Wert ein, der die beteiligten Firmen allerdings immer noch recht gut leben läßt. Interessanterweise verringert der ursprüngliche Hersteller seinen Preis zwar auch, setzt ihn letztendlich aber viel weiter oben fest (ca. 100 – 300 % höher) als seine Konkurrenten. Begründet wird dies mit der angeblich besseren Qualität seiner Produkte, eine Behauptung, die in der Vergangenheit durch regelmäßige Untersuchungen unabhängiger Labore noch jedesmal widerlegt wurde.
Die Werbeanstrengungen, verbunden mit der Leichtgläubigkeit und dem fehlenden Kostenbewußtsein vieler Ärzte, garantieren dem ursprünglichen Patentinhaber trotz dessen höherer Preise einen überdurchschnittlichen Marktanteil.

Dritte Welt

Weil Arzneimittel in der Dritten Welt als Luxusartikel angesehen werden können, haben wir es dort, anders als bei uns, mit einem geteilten Markt zu tun.
Der erste oder **kommerzielle Markt** versorgt die 20 % der Wohlhabenden praktisch in der gleichen Weise (über Großhandel und Apotheken), mit den gleichen Medikamenten, wie das bei uns der Fall ist. Zusätzlich beteiligen sich in der Dritten Welt aber auch die Ärzte am Pharma-Geschäft, indem sie selbst Arzneimittel (teilweise sogar Muster, die ihnen der Firmenvertreter dagelassen hat – Film: Healthy Business, 1981) an ihre Patienten verkaufen, um damit ihr Einkommen aufzubessern. Wichtiger als der Einfluß von Patenten ist für die Pharmapreise auf diesem Markt dabei die Tatsache, daß die Reichen über (relativ) viel Geld verfügen. Daran orientieren sich die Hersteller, d.h. ihre (Marken-) Arzneimittel sind sehr teuer – unerschwinglich teuer für die 80 % der Armen. Für sie gibt es deshalb einen zweiten oder **öffentlichen Markt**, der, weil kommerziell uninteressant, nicht von den Pharmamultis direkt, sondern von den nationalen Gesundheitsbehörden jedes Landes versorgt wird. Diese kaufen Medikamente meist etwas billiger auf dem Weltmarkt ein (dort konkurrieren mehr Firmen als im Lande selbst, und das drückt den Preis), und geben sie oft kostenlos an die Bedürftigen ab. Bei der großen Zahl der Armen reicht das jedoch bei weitem nicht aus, so daß die meisten Menschen in der Dritten Welt keinen ausreichenden Zugang zu den wichtigsten Arzneimitteln haben. Zu den Hindergründen des in neuester Zeit wachsenden Interesses der Pharmaindustrie an den nicht-kommerziellen Märkten in Entwicklungsländern sei auf den Artikel von M. Buehler, Die neue Medikamentenpolitik in der WHO, in diesem Heft verwiesen.



MERITAL – Pharmawerbung in Afrika (MIMS Africa): Luxusmedikamente für afrikanische Manager statt notwendiger Arzneimittel für die Bevölkerung

Arzneimittelpreise und Lebenshaltung (3. Welt)
Alle direkten Preisvergleiche für pharmazeutische Produkte in Industrie- und Entwicklungsländern, die nicht die unterschiedlichen Einkommensverhältnisse berücksichtigen, sagen wenig aus. Auch ohne die als Ausnahmen anzusehenden Fälle, wo Medikamente in Entwicklungsländern teurer sind als bei uns, kann festgestellt werden, daß die Marktgesetze der kommerziellen Pharmaindustrie die Arzneimittelversorgung der breiten Bevölkerung in Entwicklungsländern verhindern. Pascale Brudon verglich in ihrer Arbeit (46) den dortigen Preis von Arzneimitteln mit mexikanischen Durchschnittsgehältern bzw. Lebensmittelpreisen (s. Tabelle 4).

Tabelle 4

Wert (Arbeitslohn/Lebensmittel) von BACTRIM in Mexiko

1 Pack. BACTRIM Roche (ein Mittel gegen Infektionen) entspricht:
- 1 Tageslohn (Fabrikarbeiter)
- 110 Eiern
- einem 2-Wochen-Vorrat an schwarzen Bohnen für eine 4-köpfige Familie
- 23 kg Zucker
- 33 kg Tortillas

In der Schweiz entspricht der Preis für die gleiche Menge BACTRIM dem 2-Stunden-Lohn eines ungelernten Arbeiters! Während bei uns jeder dank der Krankenversicherung genug Arzneimittel bekommen kann, heißt die unheilvolle Alternative für die Masse der Bevölkerung in Entwicklungsländern: entweder Medikamente kaufen – oder essen ...... Dies ist nicht zuletzt die Folge der oben skizzierten Preispolitik multinationaler Pharmahersteller.

5. **Ein Verhaltenskodex für die Pharma-Multis**
Aufgeschreckt durch die Erfolge des Internationalen Netzwerkes Aktion Babynahrung (IBFAN) – bei uns besser unter dem Namen „Nestlé-Gruppen" bekannt – sowie durch die in letzter Zeit vermehrte Kritik an den Pharma-Multis, hat der Internationale Verband der Pharmahersteller (IFPMA) im März 1981 den Entwurf eines Kodex' über Vermarktungspraktiken für Arzneimittel vorgestellt.
Dieser freiwillige Industrie-Kodex, der gegenwärtig mit den ca. 42 in der IFPMA zusammengeschlossenen nationalen Pharmaverbänden abgestimmt wird, soll die nationalen Verbände "ermutigen", eigene Empfehlungen auszuarbeiten. Damit will man einmal möglichen Reglementierungen von Seiten der UN-Organisationen (WHO, UNCTAD o.a.) zuvorkommen, zum anderen aber auch das angegriffene Vertrauen in die Pharmaindustrie wiederherstellen.
Was auf den ersten Blick wie eine Sammlung strenger Verhaltensvorschriften zu den Bereichen Pharmavertreter, Kongresse, Werbematerial, Musterabgabe, Arzneimittelinformation u.a. anmutet, zeigt bei genauer Betrachtung allerdings so viele Schwachstellen, daß sich der Vergleich mit einem 'Plazebo' (Arzneimittel ohne Wirkung) aufdrängt.
   1. **Zu viel Allgemeines** – so gut wie alle Bestimmungen sind sehr vage gehalten. Was sie tatsächlich besagen, hängt folglich entscheidend davon ab, wie und von wem sie interpretiert werden. Beispielsweise heißt es an einer Stelle, daß „Pharmavertreter angemessen ausgebildet sein müssen". Völlig offen bleibt jedoch, was unter „angemessen" zu verstehen ist.
   2. **Überwachung** – wer kontrolliert, ob die Pharmaindustrie ihre eigenen Verhaltensregeln auch einhält? Der Kodex sagt hierüber nichts aus, so daß man fragen kann, ob er überhaupt das Papier wert ist, auf dem er geschrieben steht.
   3. **Verbindlichkeit** – was geschieht, wenn gegen den Kodex verstoßen wurde? Sind in diesem Fall Sanktionen vorgesehen, und, wenn nicht, welchen Anreiz gibt es dann für die Firmen, die Bestimmungen des Kodex überhaupt zu befolgen? Vor allem die letzte Frage ist wichtig, denn tatsächlich machen die IFPMA-Verhaltensregeln an keiner Stelle Aussagen über eine mögliche Bestrafung im Falle der Mißachtung durch einzelne oder mehrere Pharmafirmen.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß es zwar besser ist, einen lückenhaften Verhaltenskodex zu haben als überhaupt keinen. Eben diese Lücken werden jedoch auch dazu führen, daß die Wirkung auf die Übeltaten der Pharma-Multis gleich Null ist.
Statt mit der Annahme eines freiwilligen, aber wirkungslosen Industriekodex' die Probleme zu verschleiern, müssen entwicklungspolitische Gruppen jetzt die WHO und UNCTAD energisch zur Erarbeitung eines eigenen Kodex' drängen, der „Zähne hat". Dies ist eine der Aufgaben, die sich der Bundeskongress entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKo) in der BRD mit seiner **Pharmakampagne** gestellt hat.

Zusammenfassung

Um den Verkauf ihrer Erzeugnisse zu fördern, gibt die Pharmaindustrie doppelt so viel aus wie für die Erforschung neuer Medikamente. Die Rechnung dafür bezahlen beide, die reichen und die armen Länder. Letztere allerdings, ohne dafür Medikamente zu erhalten, die ihren tatsächlichen medizinischen Problemen angemessen sind.
Hinsichtlich der Forderung nach einer verantwortungsvollen Informationspraxis durch die Herstellerfirmen muß festgestellt werden, daß diese die Arzneimittelsicherheit in Entwicklungsländern noch kleiner schreiben als hierzulande. Umsatzschmälernde Informationen über die Risiken mancher Arzneimittel werden verharmlost oder ganz verschwiegen, um Marktanteile zu halten oder gar zu vergrößern.
Fehlende oder veraltete Gesetze werden ausgenützt, um Vorräte von Medikamenten, die in den Industrieländern verboten wurden, in der Dritten Welt noch gewinnbringend abzusetzen.
Knappe Devisen werden von wenigen Reichen häufig für nutzlose und Luxusmedikamente ausgegeben. Die gewinnorientierte Vermarktung von Medikamenten durch die multinationale Pharmaindustrie verhindert die Versorgung der breiten Bevölkerung in den armen Ländern mit Arzneimitteln – und seien es auch nur die wichtigsten –, weil für sie die geforderten Preise unbezahlbar sind.
Niemand verlangt von der pharmazeutischen Industrie absolut nebenwirkungsfreie Medikamente. Was aber verlangt werden muß, ist die umfassende, wissenschaftlich begründete Produktinformation durch die Pharmahersteller. Das schließt die vorbealtlose Bekanntgabe aller evtl. Risiken ohne Rücksicht auf kommerzielle Gesichtspunkte mit ein, was für die **ganze Welt** zu gelten hat und nicht nur für einige Industrieländer. Der Entwicklungsstand oder die unzulängliche Arzneimittelgesetzgebung eines Staates dürfen nicht länger die Kriterien dafür sein, wie ausführlich die Pharmaindustrie über ihre Produkte informiert, bzw. wie aggressiv sie dafür wirbt. Langfristig ist das völlige Verbot jeglicher Pharmawerbung anzustreben.

Der kürzlich vom Internationalen Verband der Pharmahersteller (IFPMA) vorgestellte freiwillige Verhaltenskodex zur Vermarktung von Arzneimitteln zeigt bei näherer Betrachtung soviele Lücken, daß seine Auswirkungen auf die Übeltaten der Pharmamultis vernachlässigbar gering sein dürften.

Deshalb müssen Verbraucherverbände, entwicklungspolitische Aktionsgruppen sowie internationale Organisationen eigene Verhaltensregeln ausarbeiten und durch einen verstärkten Druck auf die Arzneimittelhersteller deren Einhaltung verlangen.

Die Notwendigkeit dafür mag folgendes Beispiel zeigen: Bei einer Pressekonferenz über Clioquinol und die SMON-Krankheit im April 1980 stellte der Vertreter von Ciba-Geigy, Dr. J. Sobotkiewicz die Frage: „Glauben Sie, eine große multinationale Gesellschaft würde den Verkauf eines Produktes fortsetzen, wenn dadurch Menschenleben gefährdet würden?"
Jedem, der Herrn Sobotkiewicz Glauben schenken will, empfehlen wir, sich vorher anhand dieses Artikels eine eigene Meinung zu bilden.

Eberhard Scholz, medico international (Frankfurt)

Anmerkungen

1) Jayasuriya, D.C.: Regulation the Drug Trade in the Third World, in: World Health Firm, 1981, Genf, Vol 2, No. 3, S. 424
2) Pharma Daten 81, Frankfurt/Main, jährliche Publikation des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie mit umfangreichen statistischen Daten und Informationen über die bundesdeutschen Arzneimittelhersteller, S. 10
3) Friedrich, Hehn, Rosenbrock, Neunmal teurer als Gold, Reinbek, Hamburg 1977, S. 124
4) 1979 nach den "Pharma Daten 81" im Wert von 1.253 Millionen DM
5) Friedrich et al. 1977, S. 121
6) Pharma Daten '81, S. 63
7) Yudkin, J.S., The economics of Pharmaceutical Supply in Tansania in: International Journal of Health (10), Nr. 3, 1980, S. 459
Silverman, M., The Drugging of Americas, Maricas, University of California Press, Berkeley 1976, S. 122
8) Wellstein, A., Arzneimittelinformation und Pharmazeutische Industrie, in: Lenz, Haag (Hrsg.), Befreiung zur Gesundheit, Westberlin, S. 173
9) Yudkin 1980, S. 461f.
10) Goonaratne, C., Economic Review, 5 (10); 32 (1980)
11) Vgl. hierzu die Studie von Attisso (1974) zur Pharmagesetzgebung in frankophonen Ländern Schwarzafrikas, in: M. Bühler – Pharma-Multis und Unterentwicklung, in diesem Heft
12) MIMS Africa Vol. 21, Nr. 4/81, Surrey England. Verbreitungsgebiet: Äthiopien, Gambia, Ghana, Kenia, Liberia, Malawi, Nigeria, Zimbabwe, Sierra Leone, Sudan, Tansania, Uganda, Zambia, Gesamtbevölkerung (1980): 204 Mill.
MIMS Middle East Vol. 11, Nr. 4/80. Surrey England. Verbreitungsgebiet: Abu Dhabi, Afghanistan, Bahrain, Cypern, Dubai, Ägypten, Äthiopien, Iran, Irak, Jordanien, Kuwait, Libanon, Libyen, Katar, Saudi-Arabien, Sudan, Syrien, Südyemen, Yemen. Gesamtbevölkerung (1980): 194 Mill.
MIMS India Vol. 1, Nr. 7, New Dehli, Mai 1981, Bevölkerung (1979): 650,98 Mill.
DOI (Data Obat di Indonesia), 3. 1981 Jakarta
13) Jayasuriya, S. 423
14) Yudkin, J.S., Provision of medicines in a developing country, in: The Lancet, 15. 5. 1978, S. 810 – 812, hier: S. 810
15) Martindale, The Extra Pharmacopoeia, 27. Auflage, London 1977
16) MIMS Africa (alle Übersetzungen vom Verfasser)
17) Maramus (MIMS Africa, MIMS Middle East) Eiweißunterernährung (MIMS India)
18) Earthscan Document Nr. 9, Primary Health Care, London 1978, S. 14
19) Martindale 1977
20) Bader, M., Hustling Drugs to the Third World, in: The Progressive, Vol. 43, No. 12, Dez. 1979, S. 42
21) Martindale 1977
22) Ebd. Social Andit, London 1981
23) Ebd., Clioquinol Leaflet, Social Audit, London 1981
24) Hansson, O., Arzneimittel-Multis und der SMON-Skandal, Westberlin 1979, S. 39
25) IOCU (International Organisation of Consumers Unions), Clioquinol in South East Asia, Penang, Malaysia 1980
26) Ciba-Geigy MIMS Iedia 5/81
27) Earthscan Document, S. 34
28) The Medical Letter, 25, 1975, S. 104
29) WHO (World Health Organisation), Treatment and Prevention of Dehydration in Diarrhoeal Diseases, Genf 1976
30) LOMOTIL leaflet, Social Audit, London 1981
31) DOI, 3/81
32) MIMS Africa 4/81, MIMS India May 1981
33) MIMS Middle East 4/80
34) Pediatrics, Ja. 1980, S. 157
35) Upunda, Yudkin, Brown, Therapeutic Guidelines, Nairobi, African Medical and Research Foundation 1980
36) Scrip, 27. Aug. 1977, S. 6
37) IOCU, Forty. – Four Problem Durgs, Penang, Malaysia, Mai 1981
38) Film: Healthy Business – Pharmaceutic Multinationals in the Third World, 1981, BELBO-Film Productions, Niederlande
39) UNCTAD, Case Study in the Transfer of Technology – the pharmaceutical industry in India, TD/B/C. 6/20, 1977
40) The Lancet, Editorial, 6. 12. 1980, S. 1231
41) Brudon, P., Pricing Policies for Pharmaceuticals – The case of Mexico. Vortrag auf einem IOCU-Seminar über die pharmazeutische Industrie, Genf, Mai 1981
42) nach: Medawar, Ch., Insult or Injury?, Social Audit, London 1979
43) Earthscan 1978 (eigene Berechnung)
44) Martindale 1977
45) arzneimitteltelegramm 11/80, S. 92
46) Brudon 1981

Pharma-Multis und Unterentwicklung

Die medzinische Versorgung ist ein differenziert aufgebautes, arbeitsteiliges System: Krankenhäuser, Gesundheitsarbeiterinnen und -er und Apotheken sind Teile dieses Systems. Eines der vielen technischen Hilfsmittel sind die Arzneimittel. Ich werde in diesem Aufsatz zunächst beschreiben, welche Probleme sich ergeben können, wenn die Dritte Welt sich die Arzneimittel der Pharma-Multis beschafft. Ich möchte nicht den Eindruck erwecken, die Arzneimittel seien die einzigen Hilfsmittel in der medizinischen Gesundheitsversorgung der Dritten Welt - ich werde im Gegenteil zeigen, daß der fragwürdige Beitrag der Markenmedikamente der Pharma-Multis erst dann richtig erfaßt werden kann, wenn die medzinische Versorgung selbst kritisch untersucht wird. Das technische Mittel „Medikament" bewirkt in der Dritten Welt eigene und spezifische Abhängigkeitsprozesse. Medikamente sind aber auch Teil der westlichen Medizin – deren Scheitern in der Dritten Welt werde ich gegen Ende des Aufsatzes untersuchen. Dieser allgemeinere Rahmen wird in meinem Aufsatz „Bessere, wirksame und sichere Medikamente" ausführlich diskutiert.

Wenn die Länder der Dritten Welt Medikamente beschaffen, kommen sie an den Multis kaum vorbei. Die *Geschäfte* der Multis führen zu einer *Abhängigkeit* der Länder der Dritten Welt mit sehr weitgehenden wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Konsequenzen.
Die Pharmaindustrie ist Teil der allgemeinen Abhängigkeit zwischen Erster und Dritter Welt. Wir werden sehen, daß diese Abhängigkeit nur einen Gewinner hat – die Erste Welt; wer verliert, ist die Dritte Welt. Diese Zusammenhänge möchte ich im folgenden genauer untersuchen. Damit möchte ich auch eine gewisse Einseitigkeit bei der Diskussion über die Pharma-Multis überwinden: viele Untersuchungen belegen die Geschäfte der Multis und beenden damit die Arbeit.
Es wird kaum darüber berichtet, ob und wie die Länder der Dritten Welt die Abhängigkeit von den Multis überwinden können, welche gesellschaftlichen Konsequenzen beispielsweise der Luxuskonsum von Medikamenten in der Dritten Welt hat. Für die Erste Welt – für uns die BRD – wird die Rechnung nicht aufgetan, wie viele Arbeitsplätze in der Pharma-Industrie auf der Abhängigkeit der Dritten Welt beruhen. Es soll also um mehr als nur die Geschäfte und Skandale gehen. Ich möchte zeigen, wie diese in einen viel breiteren gesellschaftspolitischen Rahmen eingeordnet werden müssen.

Die DritteWelt kommt nicht an den Multis vorbei

Es gibt in der Dritten Welt keine nennenwerte Pharmaproduktion, die unabhängig von den Multis ist. In 45 Ländern der Dritten Welt werden überhaupt keine Medikamente hergestellt, in 43 Ländern werden die fertig importierten Medikamente nur verpackt. (1)
Indien, Brasilien und Mexiko sind die einzigen Länder der Dritten Welt, die die chemischen Rohstoffe und die Wirksubstanzen für Medikamente weitgehend selbst herstellen können. Doch 75 % des indischen, 85 % des brasilianischen und 82 % des mexikanischen Marktes werden von den Multis kontrolliert durch indische, brasilianische und mexikanische Tochterfirmen (2). Die Marktmacht der Multis ist gegenüber der Dritten Welt so groß, daß die Länder der Dritten Welt bei der Medikamentenbeschaffung nicht an den Multis vorbeikommen.
In der Pharma-Industrie gibt es eine ganz bestimmte Form der Konkurrenz: Der Konkurrenzkampf wird nicht über Preise ausgetragen, die Waffe der Multis sind vielmehr die *Forschung* und *Entwicklung* und die *Patente*. In Forschung und Entwicklung werden neue Medikamente entwickelt oder Konkurrenzprodukte nachgeahmt. Mit den daraus sich ergebenden patentgeschützten Markenmedikamenten sichern sich die Multis ihre Absatzgebiete. Die Schlagkräftigkeit der Forschungsabteilung bei der Entwicklung neuer Produkte und der Kopie von Konkurrenzprodukten entscheidet ganz wesentlich über den Anteil am Pharma-Kuchen. Wer konkurrenzfähige Medikamente herstellen will, muß eine ausreichende Forschung betreiben -- in dieser steckt das entscheidende technische Wissen. Die Produktionstechnologie selbst ist nachgelagert, sie wird für jedes Medikament eigens entwickelt.
Die Dritte Welt hat praktisch keine eigene Pharma-Produktionskapazität. Kein einziges Land der Dritten Welt ist heute in der Lage durch eigene Forschung diejenigen Medikamente zu entwickeln, die es benötigt. Das technische Wissen zur Entwicklung von Medikamenten und zu deren Herstellung ist, in der Ersten Welt, in den Händen der Multis, konzentriert. Dieser Sachverhalt bestätigt die allgemeine Abhängigkeitsstruktur für die Dritte Welt. Diese reicht bei der Pharma-Industrie sogar noch tiefer: es gibt bei den meisten Medikamenten außer den Multis niemand, bei dem die Länder der Dritten Welt die Produktionstechnologie kaufen könnten. Die Länder der Dritten Welt stehen vor immensen Gesundheitsproblemen, neue Lösungen wurden aber von ihnen vorgeschlagen. Dabei stehen in dem großen Katalog der zu verbessernden Hilfsmittel die Arzneimittel an letzter Stelle (vgl. Aufsatz „Bessere, sichere und wirksame Arzneimittel"). Aber zur Lösung der Gesundheitsprobleme braucht die Dritte Welt auch bessere und neue Medikamente. Nur ist die Abhängigkeit von den Pharma-Multis so groß, daß die Dritte Welt heute diese Medikamente nicht selbst entwickeln kann.
Wir haben im Pharmabereich selten eindeutige und klare Abhängigkeitsbeziehungen. Die Entscheidungen der Pharma-Multis in den Vorstandsetagen von Leverkusen, Frankfurt oder Basel legen weitgehend fest, wie in der Dritten Welt die Bevölkerung mit Medikamenten versorgt werden kann. Daß diese Entscheidungen bis heute für die Bevölkerung der Dritten Welt wenig Positives gebracht haben, soll folgendes Beispiel illustrieren:
Da nur 3 % der Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen der Pharma-Multis für das Gebiet der Massenkrankheiten der Dritten Welt, verkürzt „Tropenkrankheiten" genannt, ausgegeben werden (3), kann es nicht überraschen, daß nach Ansicht der WHO und bekannter Pharmakologen gegen die meisten dieser Krankheiten keine ausreichend sicheren, ausreichend wirksamen und einfach zu handhabeden Medikamente vorhanden sind. (4) Die Länder der Dritten Welt starteten deshalb mit Unterstützung der WHO ein riesiges Forschungsprogramm zur Bekämpfung von 6 wichtigen Tropenkrankheiten. Als ein Teil dieses Programms sollen neue Medikamente entwickelt werden, weil die Pharma-Multis bis heute keinen wesentlichen Beitrag geleistet haben. Bei der Vergabe dieser Aufträge mußte die WHO ... in vielen großen und wichtigen Berei-

chen das Geld an genau dieselbe Pharmaindustrie leiten, da nur sie das Wissen hat, entsprechende Medikamente zu entwickeln.

Wer profitiert: wir, die Volkswirtschaft, die Industrie?

In der BRD profitieren zu allererst die Pharma-Multis von dieser engen und einseitigen Abhängigkeit: 26 % der Pharma-Exporte gehen von der BRD aus in die Dritte Welt. 1979 waren dies Medikamente und Pharmaprodukte im Wert von 948 Millionen DM (5). Die Pharma-Branche exportiert insgesamt 37 % ihrer Jahresproduktion, sie beschäftigt in der BRD 72.000 Personen (6), deren Zahl sich noch um einiges erhöhen dürfte, wenn man die indirekt von der Pharma-Industrie abhängigen Arbeitsplätze (z.B. Zulieferer) hinzuzählt. Exporte in die Dritte Welt für 948 Mio DM – die Bedeutung dieses Betrages können wir anhand einer Umrechnung besser abschätzen, indem wir ausrechnen, wieviel Arbeitsplätze in der BRD-Pharmaindustrie vom Verkauf in die Dritte Welt (948 Mio DM) abhängen. Die Pharmaarbeitsplätze in der BRD werden entsprechend dem Exportanteil und dem Anteil der Dritten Welt aufgeteilt. Rd. 27 000 Arbeitsplätze entsprechen den 36 % Export an der BRD-Pharma-Jahresproduktion, mehr als ein Viertel – rd. 7.000 Beschäftigte in der Pharma-Industrie – würden dem Exportanteil in die Dritte Welt entsprechen. Für die Beschäftigung in der Pharma-Industrie hat die Dritte Welt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung – die errechnete Zahl soll symbolisch zeigen daß das Geschäft mit der Dritten Welt bei uns Arbeitsplätze schafft. Die Berechnung ist natürlich nur eine grobe Annäherung an die tatsächlichen Gegebenheiten.

Der Pharma-Handel mit der Dritten Welt ist für die BRD-Volkswirtschaft ein wichtiger Bereich:

1979 wurden für 2,1 Milliarden DM pharmazeutische Produkte in die BRD importiert – von der BRD aus wurden pharmazeutische Produkte (Rohstoffe, Wirksubstanzen bis zu den fertig verpackten Medikamenten) im Wert von 3,6 Mio. DM exportiert. (7) Der Pharma-Handelsbilanzüberschuß (errechnet durch den Abzug der Pharma-Importe von den Pharma-Exporten) war 1979 mit 1,5 Milliarden DM sehr hoch. Der Handelsbilanzüberschuß für die gesamte BRD-Volkswirtschaft betrug 1979 22,4 Milliarden DM (8). Der Pharma-Handelsbilanzüberschuß hat für die Volkswirtschaft der BRD wichtige Konsequenzen: die Exportproduktion ist heute deren wichtigster Überlebensbereich, der nur dann funktionieren kann, wenn die internationalen Währungsverhältnisse relativ geordnet und stabil sind. Und hier gerade hat m.E. die BRD-Volkswirtschaft eine „gute Karte" vorzuweisen: die „Härte der Deutschen Mark". Sie beruht darauf, daß die Rohstoff- und Energieimporte der BRD mit kapitalintensiven und technologisch hochentwickelten Exporten aus der BRD finanziert werden (9).

Der hohe Pharmaaußenhandelsüberschuß ist damit in einem doppelten Sinne wichtig:

1. Die Pharma-Exportproduktion ist Teil des weltmarktorientierten „Modell Deutschland", das darauf beruht, daß in einem großen Umfang für den Weltmarkt technologie- und kapitalintenvie Waren hergestellt werden (10).
2. Er führt wie die übrige BRD-Weltmarktproduktion (Maschinen- und Fahrzeugbau, elektrotechnische Erzeugnisse) zu einem großen Handelsbilanzüberschuß und sichert so (noch!) die international starke Stellung der D-Mark.

Die Pharma-Industrie ist in der BRD eine Teilbranche der Großchemie. Die Dritte Welt hat für die Chemiemultis der BRD eine sehr große wirtschaftliche Bedeutung. Sie exportiert nicht nur Waren im Wert von 6 Milliarden DM (11) dorthin, sie hat zusätzlich am meisten Kapital von allen BRD-Branchen in der Dritten Welt angelegt. Mit 3,426 Milliarden DM hat der Bestand an Direktinvestitionen der BRD-Chemie in der Dritten Welt (1978) den höchsten Branchenwert erreicht (12). Die BRD-Chemiebranche ist die einzige Branche der Bundesrepublik, die die gesamte Dritte Welt mit einem relativ gleichmäßigen und dichten Netz von Tochterfirmen überzogen hat. Wenn wir also in der Dritten Welt deutschen Multis begegnen, dann zu allererst den Chemie- und Pharma-Firmen.

Ich möchte die Handelsbeziehungen BRD – Dritte Welt im Pharmabereich noch genauer untersuchen: 1977 wurden von der Dritten Welt aus pharmazeutische Produkte für rund 70 Mio DM in die BRD importiert – von der BRD in die Dritte Welt wurden im gleichen Jahr für 820 Mio. DM pharmazeutische Produkte exportiert.

Von der BRD aus werden 12 mal mehr technologie- und kapitalintensive Medikamentenware exportiert. Wenn wir noch detaillierter untersuchen, um welche pharmazeutische Produkte es sich dabei handelt, zeigt sich die Struktur der „alten" internationalen Arbeitsteilung noch krasser: die Dritte Welt lieferte nämlich für 40 Mio. DM pfalzliche und tierische Rohwirkstoffe zur Verarbeitung in die BRD – von der BRD gingen für 540 Mio. DM fertig verpackte Medikamente in die Dritte Welt. (13)

Wir können die Bedeutung der Dritten Welt für die Erste Welt am Beispiel des Pharma-Handels und der BRD nun genauer bestimmen: der Handel mit der Dritten Welt, der auf der Abhängigkeit von den Multis beruht, bringt in der BRD eine stattliche Zahl an Arbeitsplätzen mit sich. Er trägt wesentlich zu den 'gesunden Geschäften' der Multis bei. In weiteren Zusammenhängen gesehen leistet der einseitige Pharmahandel einen wesentlichen Beitrag zum exportorientierten „Modell Deutschland".

Pharma-Multis, Medikamente und Unterentwicklung

Für die Dritte Welt hat die Pharma-Abhängigkeit nur negative Konsequenzen. Auch hier sind diese Zusammenhänge nur ein – allerdings sehr exemplarischer – Bestandteil in der umfassenden wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Abhängigkeit.

Finanziell sind die Pharma-Einkäufe bei den Multis für die Länder der Dritten Welt sehr teuer. Die Pharmamultis fordern von der Dritten Welt aufgrund ihrer großen Marktmacht generell überhöhte Preise. Die Länder der Dritten Welt müssen Medikamente importieren, ihre Pharmahandelsbilanz ist stark negativ. Die eigenen Pharmaexporte fallen kaum ins Gewicht. Die finanziellen Konsequenzen sind genau umgekehrt zur Ersten Welt: die Dritte Welt muß technologieintensive Waren importieren und bezahlt sie mit dem Export von Rohstoffen oder arbeitsintensiven Waren. Dieser einseitige Tausch zwischen den beiden Welten vollzieht sich zusätzlich zu immer schlechteren Tauschbedingungen für die Dritte Welt. Sie muß nämlich immer mehr Rohstoffe und arbeitsintensive Waren verkaufen, um die Importe aus der Ersten Welt finanzieren zu können. In den letzten Jahren haben sich die Beziehungen zwischen der Ersten und der Dritten Welot so stark verschlechtert, daß die Länder der Dritten Welt ihre Importe nicht mehr voll finanzieren können. Sie müssen Kredite aufnehmen, sich noch stärker verschulden. Der einseitige Pharmahandel, das riesige Pharmahandelsbilanzdefizit der Dritten Welt (1977 rund 4 Milliarden DM) ist ein wichtiger Baustein der zunehmenden Verschuldung der Dritten Welt – sie muß Kredite bei Geschäftsbanken der Ersten Welt oder bei der Weltbank aufnehmen. Der Druck der Abhängigkeit wird

noch stärker: die industrielle wird durch die finanzielle erweitert.
Industriell ist die Pharmaabhängigkeit umfassend und zur Zeit kaum überwindbar: wir haben einleitend gezeigt, wie die Dritte Welt von eigenen Produktions- und Forschungskapazitäten faktisch ausgeschlossen ist. Auch wenn in Indien beispielsweise viele Medikamente hergestellt werden, muß man berücksichtigen, daß die Multis über ihre Tochterfirmen den Markt beherrschen. Die nationalen indischen Firmen sind in anderer Weise von den Multis abhängig: Bei der Herstellung der Wirksubstanz sind die meisten chemischen Rohstoffe nur bei den Pharma- oder Chemie-Multis erhältlich. Dafür werden wiederum überhöhte Preise verlangt, die Pharma-Multis stellen ihre ganz bestimmten Lieferbedingungen. In allen diesen Fällen bleibt trotz der sehr hoch entwickelten Produktionstechnologie in Indien die Abhängigkeit von den Multis bestehen. Die chemischen Rohstoffe stammen aus der Großchemie – diese ist außerordentlich kapitalintensiv und auf wenige kapitalistische Industrieländer konzentriert. Die Investitionen wären viel zu hoch für den Aufbau einer eigenen Großchemie in der Dritten Welt. Auf absehbare Zeit wird deshalb die Dritte Welt diese Rohstoffe nicht selbst herstellen können. Und wenn indische Firmen in einigen wenigen Fällen mit eigener Technologie und eigenen Rohstoffen Medikamente herstellen, dann fegen die Pharma-Multis mit ihren Großfabriken und vorübergehend künstlich gesenkten Preisen diese Konkurrenz vom Markt. Der Beleg dieser umfassenden Abhängigkeit der indischen Pharmaindustrie – der höchst entwickelten in der Dritten Welt – stammt aus Indien selbst. Er ist einer Studie entnommen, die vom indischen Rat für wissenschaftliche und industrielle Forschung und der J. Nehru Universität für die UNCTAD verfaßt wurde (14).
Durch das *Patent* für eine bestimmte Wirksubstanz wird deren chemische Zusammensetzung weltweit bekannt. Es wäre jedoch naiv zu glauben, diese bekannte Wirksubstanz könnte ohne größeren Aufwand kopiert werden: der Pharmaproduktionsprozeß ist kapitalintensiv und sehr teuer; die Rohstoffe können meistens nur bei den Pharma-Multis bezogen werden, die nicht verpflichtet sind, zu liefern; der Produktionsprozeß ist so kompliziert, daß heute nicht genügend technisches Personal in der Dritten Welt vorhanden ist.
Die Abhängigkeit legt die industriellen Entwicklungsmöglichkeiten eines Landes weitgehend fest. *Industriepolitisch* gibt es im Pharma-Bereich selbst bei der Herstellung der „unentbehrlichen Medikamente" heute kaum einen realistischen Ausweg.
Kein einziges Land der Dritten Welt ist heute in der Lage, die Aktivitäten der Pharma-Multis staatlich zu überwachen. Die *Qualitätskontrolle* der Medikamente ist so kompliziert, daß die schwach ausgebauten Gesundheitsbehörden höchstens einfache Tests durchführen können. Die *Pharmagesetzgebung* in der Dritten Welt belegt eindrücklich die Tiefe der Abhängigkeit, die sich bis in den Staatsapparat niederschlägt: 1974 waren in allen französisch-sprechenden schwarzafrikanischen Ländern keine eigenen nationalen Pharmagesetze vorhanden. Medikamente konnten in diesen Ländern eingeführt werden, wenn sie vorher in Frankreich, der früheren Kolonialmacht, zugelassenworden waren. Seit der Unabhängigkeit dieser schwarzafrikanischen Länder hat sich allerdings in Frankreich das Zulassungsrecht geändert, so daß es die Zulassung, die die afrikanischen Länder seit Erringung der Unabhängigkeit einfach fortgeschrieben hatten, gar nicht mehr gab. Resultat, 15 Jahre nach der Unabhängigkeit: es gab „eine juristische Leere" bei der Zulassung von Medikamenten, wie der afrikanische Pharmakologe Attisso (1974) den Zustand zusammenfaßte. Es ist also nicht nur keine eigene nationale Industrie in ausreichendem Maße vorhanden, sondern es sind auch die staatlichen Behörden, die politischen Instanzen bis heute so unterentwickelte gehalten, daß sie weder juristisch, politisch noch medizinisch-pharmakologisch die Multis oder eine eigene Industrie überwachen könnten. So fehlt die Infrastruktur für eine eigenständige Entwicklung vollständig.
Hohe Preise und teure Devisen für Medikamente fressen viel, überproportional viel staatlichen Gesundheitsbudget weg:
– Bangladesh gibt 67 %,
– Senegal 70 %, und
– Ägypten 50 %
des Gesundheitsbudgets nur für Medikamente aus (15).
Die Geschäftspraktiken der Multis sind damit eine der Ursachen für die miserable medizinische Versorgung der Bevölkerung der Dritten Welt – rund 80 % der Bevölkerung ist heute noch von jeglicher Versorung (mit westlicher Medizin) ausgeschlossen. Und nicht nur deshalb, weil teure Medikamente unverhältnismäßig viel Mittel verschlingen, – das ist die erste *gesundheitspolitische* Konsequenz.
Gleichzeitig muß festgehalten werden, daß viele der Medikamente, die die Dritte Welt beschafft, wenig mit den großen Gesundheitsproblemen der Bevölkerung zu tun haben. Zum geringen Ausbau der Gesundheitsversorgung gesellt sich ein Medikamentenkonsum, der vor allem auf den Luxuskonsum der Reichen und Privilegierten ausgerichtet ist. Eberhard Scholz stellt in seinem Beitrag einige Luxusartikel aus der Pillenpresse der Pharma-Multis vor.
Der Nutzen der heute verfügbaren Medikamente für die Dritte Welt ist sehr beschränkt. Die Pharmaindustrie forscht nur am äußersten Rand über die Massenkrankheiten der Driten Welt: „Kein wichtiges neues Medikament zur Behandlung irgendeiner der Tropenkrankheiten ist in den letzten Jahrzehnten entwickelt worden" – faßt die WHO zusammen. (16)
Was heute auf dem Markt ist, ist wenig wirksam, zu wenig sicher und – für die Dritte Welt besonders wichtig – nicht einfach genug in der Handhabung. Medikamente werden in der Dritten Welt vor allem im staatlichen Gesundheitswesen weniger von Ärzten als von Gesundheitspflegern, „Barfußärzten", und Hilfskräften verschrieben. Da diese weniger breit ausgebildet sind, müßten die Medikamente für die Massenversorgung einfach und sicher und schnell zu handhaben sein, was bei den Medikamenten gegen die wichtigsten Krankheiten der Dritten Welt bis heute nicht ausreichend der Fall ist.
Medikamente und Geschäftspraktiken der Multis haben jedoch auch tieferreichende *gesundheitspolitische* und *kulturelle* Abhängigkeitsmechanismen bewirkt:
Medikamente sind ein wesentlicher Pfeiler einer ganz bestimmten Art von medizinischer Versorgung. Sie setzen eine hierarchische Arbeitsteilung und eine ausgebaute Infrastruktur voraus; die medikamentöse Versorgung ist nur sinnvoll, wenn es Ärzte und Apotheken gibt. Medikamente sind damit Teil der hochtechnisierten, kurativen, streng hierarchisch gegliederten und auf den Einzelfall ausgerichteten *westlichen Medizin*. Medikamente – und Zentralspitäler mit dem modernsten Zubehör in den Hauptstädten, darauf beruht bis heute die medizinische Versorgung in den meisten Ländern der Dritten Welt. Dieses vom Kolonialismus übernommene System, das meistens die staatlichen Mittel beinahe vollständig auffrißt, ist für die Gesundheitsprobleme der Dritten Welt in krasser Form unangepaßt: die Gesundheitsprobleme der Armen können

letztlich nicht kurativ, mit Medikamenten am Ende der Krankheit gelöst werden. Kurative, medikamentöse Therapie – das ist die westliche Medizin. Medikamente gegen den Durchfall können den Infektionsherd, verseuchtes Wasser, nicht beseitigen. Erst eine gesicherte Wasserversorgung – Teil der präventiven Medizin – bekämpft die Krankheitsursache. Mit den Medikamenten als *wesentlichem* Teil der Medizin werden die Krankheitsursachen nicht effektiv bekämpft.

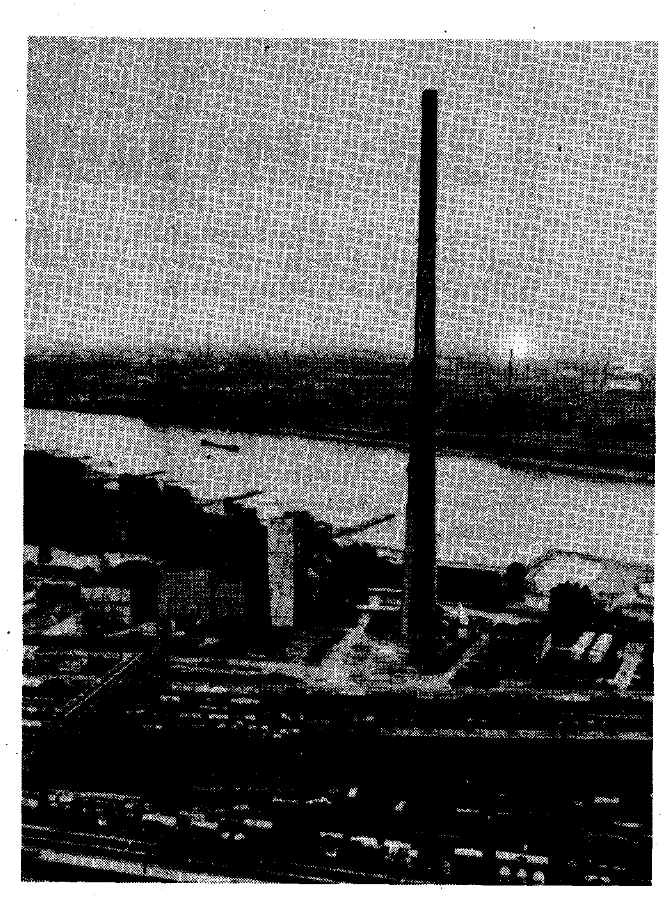
Das Vorbild – die technische westliche Medizin – wird von der Dritten Welt kopiert, indem unter anderem – z. B. auf Grund der Ausbildung der Ärzte in den Kapitalistischen Industrieländern – auch das technische Hilfsmittel „Medikament" zu sehr teuren Kosten beschafft wird. Dieses technische Mittel täuscht gerade an dem von der Pharmaindustrie vorgebrachten Beispiel der Antibiotika eine einfache Lösung der schlimmsten Krankheiten vor: gegen lebensbedrohende Infektionskrankheiten genüge die Einnahme einiger Pillen zur Heilung. Es hat fast 20 Jahre gebraucht, bis es offensichtlich wurde, daß das technische Mittel „Medikament" nicht losgelöst von den völlig verschiedenen Lebensbedingungen der Dritten Welt eingesetzt werden kann. Das westliche Medizinmodell – in der Ersten Welt selbst inzwischen immer mehr in Frage gestellt – ist in der Dritten Welt gescheitert, eine Kopie der Medizintechnik hat sich als wenig sinnvoll erwiesen. Denn diese Technik ist unter völlig anderen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedingungen entwickelt worden.

Medikamente werden von den Multis dort in der Dritten Welt verkauft, wo Geld vorhanden ist: an die Reichen und Privilegierten. Dies ist heute der Hauptmarkt der Multis. Sie verkauften Medikamente, die wenig mit den Gesundheitsproblemen zu tun haben: Stärkungsmittel und Vitaminpräparate sind die ganz großen Renner, Konzentrierte Hühnerbrühe („Brand's Chicken Essence") wird in Malaysia als Medikament verkauft (17) Dieser Konsum ist die Grundlage für eine sehr tiefe *kulturelle Abhängigkeit:*

Das Markenmedikament ist in der Dritten Welt zu einem Symbol für Reichtum geworden; die Wohlhabenden imitieren unseren Konsum. Durch die breite Pharma-Werbung wird der Medikamentenkonsum zu einem angestrebten, erwünschten Verhalten. Den Medikamenten wird eine medizinische Wunderwirkung zugesprochen. Lieber wird das wenige Geld für einige wenige Tabletten als für eine Arztkonsultation ausgegeben. Vermittels dieser kulturellen und ideologischen Mechanismen setzen auch die armen Schichten eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung mit der Zurverfügungstellung von Medikamenten gleich. Mehr noch: an die Stelle einer Selbstinitiative – beispielsweise des Baus von sanitären Anlagen – tritt der Glaube an die Wunderwirkung der westlichen medizinischen Technik. Die unangepaßte Struktur wird auf diese Weise politisch, ideologisch und kulturell vertieft, der Pharma-Konsum wird breit gesellschaftlich akzeptiert, obwohl ihn sich nur eine Minderheit leisten kann. Die unangepaßte Struktur wird nicht nur wegen der Geschäfte der Multis, sondern auch aufgrund der internen Machtverhältnisse in den Ländern der Dritten Welt perpetuiert.

Pharma-Multis und Machtverhältnisse in der Dritten Welt

Die Geschäfte der Multis sind ein Skandal. Nur ist für mich das Ergebnis ebenso wichtig, daß diese erst durch die Machtverhältnisse in der Dritten Welt ermöglicht werden. Wer die Pharma-Multis in der Dritten Welt anklagt, muß auch die reaktionäre Elite und die Privilegierten in der Dritten Welt anklagen. Denn das ist das Ergebnis der Unterentwicklung für die Dritte Welt:



Für die Reichen und Privilegierten ist gesorgt. Sie können sich die teuren Markenmedikamente leisten, sie haben Zugang zu einem Spitalbett (in der Privatabteilung), sie werden von Ärzten (in der Privatpraxis) versorgt – in schwierigen Fällen können sie immer noch nach Paris oder London jetten. Medikamente wie die Stärkungsmittel oder Vitaminpräparate sind für sie ein Wohlstandssymbol, das an Parties herumgereicht wird – so eine Einschätzung aus der Dritten Welt selbst (18).

Das Geschäftsinteresse der Multis und das Bedürfnis der Reichen nach Luxuskonsum ergänzen sich reibungslos – das Geschäft läuft. Wer vollständig ausgeschlossen bleibt, sind die Armen der Dritten Welt. Jene 80 % der Bevölkerung, die bis heute von jeglicher Versorgung mit westlicher Medizin ausgeschlossen sind. Das sind rund 2 Milliarden Menschen, die sich nur selbst oder mit traditioneller Medizin versorgen können. Für sie hat die nationale Unabhängigkeit keine Änderung mit sich gebracht: Hunger, Elend und lebensbedrohende Krankheiten sind ihr Alltag. Darauf beruhen aber gleichzeitig auch der Reichtum und die Privilegien der schmalen Schicht, die sich die Markenmedikamente leisten kann. Der Kreislauf der Unterentwicklung schließt sich: es gibt nicht nur keinen Ausweg aus der Abhängigkeit von den Pharma-Multis, sie wird sogar noch durch die gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse in der Dritten Welt verstärkt und gestützt.

In kaum einem anderen Bereich ist das Scheitern des westlichen, technisch-ökonomischen Entwicklungsmodells so offenkundig wie im Bereich der Gesundheitsversorgung: die nationale Unabhängigkeit hat nicht vermehrten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen mit sich gebracht. Im Gegenteil: die breite Masse ist ausgeschlossen. Der Gesundheitszustand der Dritten Welt stagniert und verschlechtert sich sogar in den letzten Jahren durch die Hungerkatastrophen, regionalen Kriege und die Weltwirtschaftskrise (19). Diese gesundheitspolitische Situation wurde für die Länder der Dritten Welt, die die Lebensbedingun-

gen der gesamten Bevölkerung verbessern wollten, unhaltbar. Diese Länder (VR China, Cuba, Tansania, Sri Lanka 1973 – 1977, Angola, Chile 1970 – 1973 usw.) begannen sich gegen das Entwicklungsmodell und die Pharma-Multis zu wehren. In meinem zweiten Beitrag zu diesem Heft habe ich den Kern des Widerstands, das Konzept der „unentbehrlichen Arzneimittel" und der „elementaren Gesundheitsversorgung", ausführlich diskutiert: es gibt einen Ausweg aus der Pharma-Abhängigkeit – nur ist dieser viel radikaler, als vermutet wird. Nun wenn vollständig mit dem Entwicklungsmodell der westlichen Medizin gebrochen wird, kann ein Weg der Versorgung der Bevölkerung für die Dritte Welt gefunden werden.
Ich wollte zeigen, daß erst die Untersuchung des gesundheitspolitischen Nutzens der Medikamente in der Dritten Welt einen ausreichenden Rahmen für die Beurteilung der Geschäfte der Multis dort ergeben kann. Multis und gesellschaftliche Verhältnisse in der Dritten Welt *zusammen* sind zu betrachten, erst dieses „Bündnis" kann erklären, warum die Multis in der Dritten Welt besondere Geschäfte machen und diese auch, gleichsam „ungestraft", durchführen können. Die Abhängigkeitsbeziehungen müssen systematisch untersucht werden. Dies setzt eine genaue Analyse des Produktionsprozesses, des gesellschaftlichen Nutzens der Medikamente, der Verfügungsgewalt über sie, und der Einkommensverhältnisse voraus. Der „Skandal" reicht viel tiefer als nur bis in die Vorstandsetagen der Pharma-Multis.

Marcel Bühler

ANMERKUNGEN:

1) Agarwal, Anil (1978), Drugs and the Third World, Earthscan, London 1978, S. 10
2) UN-CTC (1979), Transnational Corporations and the Pharmaceutical Industry, ST/CTC/9, New York 1979, S. 115
3) Agarwal (1978), a.a.O., S. 1
4) WHO/UNDP (o.J. 1978?), Tropical diseases Krishnaswamy/Teoh (1980), Diseases of tropical environment, in Avery, G. S. (1980, ED.), Drug Treatment, Adis Press Sydney, New York, Edinburgh, London, 1980
5) Statistisches Bundesamt (1979), Außenhandel, Fachserie, 7, Reihe 1, Zusammenfassende Übersichten für den Außenhandel 1979, Stuttgart, Mainz 1979, S. 78 ff.
6) Bundesverband pharmazeutische Industrie, Pharma-Basisdaten (1981)
7) Statistische Bundesamt (1979), S. 78 f.
8) a.a.O.
9) vgl. dazu den Ansatz von Aglietta, Michel (1978), Role du Dollar et hegemonie financiere des Etas Unis, in: Economie et Statistique, fev. 1978
10) vgl. Konstanzer Autorenkollektiv (1979), Das „Modell Deutschland" und seine Konstruktionsschwächen, Leviathan 1/1979
11) Statistische Bundesamt (1979)
12) vgl. dazu Schultz, Schuhmacher, Wilkens, Wirtschaftliche Verflechtung der Bundesrepublik Deutschland mit den Entwicklungsländern, NOMOS, Baden Baden 1980, S. 138 ff.
13) Bühler, Marcel (1980), Ökonomische Aspekte der Pharmaindustrie in der Dritten Welt, in: Befreiung zur Gesundheit, Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, Bd. 2, Berlin 1980, S. 167
14) UNCTAD (Indien) 1977, Case studies in the transfer of technology – the pharmaceutical industry in India, TD/B/C. 6/20, New York 1977
15) UNIDO (Chari), Interregional economic and technical Cooperation among developing countries in the pharmaceutical sector, IOD 347, Wien 1979, S. 43
16) zitiert in: Krishnaswamy/Tech (1980)
17) Medawar, Charles (1979), Insult or Injury, Social Audit, London 1979
18) UNCTAD (Indien) 1977
19) WHO 1980, Sixth report of the world health situation, Vol. I + II, Genf 1980

Weitere Quellen:
Rifkin, Susan (1979), Five UN-Agencies back the Third World against MNC's in: Far Eastern Economic Review, January 12, 1979
Bühler, Marcel (1981), Weltmarkt, internationale Arbeitsteilung und nationale Reproduktion, in: PROKLA 44 (1981).
UN-CTC (1979), Transnationale Corporations and the Pharmaceutical Industry, ST/CTC/9, New York 1979

Sinn und Unsinn des Sammelns von Ärztemustern

„Ich kenne da ein paar Ärzte, die haben jede Menge Medikamentenmuster, die sie uns schenken würden. — Stimmt, auch bei uns im Krankenhaus bleiben immer Arzneimittel übrig. Die sind noch einwandfrei und bestimmt unheimlich teuer, wenn man sie kaufen würde. Man könnte sie doch sammeln und in die Dritte Welt schicken . . ."

Diese oder ähnliche Argumente tauchen immer wieder auf, wenn in Solidaritätsgruppen oder Arbeitskreisen zur 3. Welt über konkrete Unterstützungsformen im medizinischen Bereich diskutiert.

Medico Intenational hat das Sammeln von Ärztemustern vor längerer Zeit aufgegeben, weil deren Schaden größer ist als der Nutzen. Über die genauen Gründe informiert der nachstehende Text:

Seit Oktober 1977 haben wir aufgehört Ärztemuster zu sammeln:
Die Diskussion über Sinn und Unsinn des Ärztemustersammelns seit mehreren Jahren, die wir bereits im Mai 77 einer breiteren Öffentlichkeit von Interessierten dargelegt haben, wurde damit abgeschlossen.
Unsere Gründe für diesen Beschluß:

— Wir können keinen langfristigen Nachschub des gleichen Präparates garantieren und zwingen deshalb die Empfänger entweder dazu, sich ständig auf neue Präparate umzustellen oder aber sich die eingeführten Präparate teuer zu kaufen.
— Die meisten Mittel sind nur deutsch beschriftet.
— Die gesammelten Muster spiegeln in der Regel das gerade in den Markt drängende Spektrum *neuer* Präparate wieder und enthielten bewährte und lang eingeführte Mittel nur in verschwindend kleiner Zahl.
— Die Musterabgabemenge ist durch das neue Arzneimittelgesetz eingeschränkt.
— Die Verpackung der Muster in Einzelpäckchen, oft noch werbewirksam besonders aufwendig, erhöhte die Tranportkosten auf ein Vielfaches im Vergleich zu Großpackungen.
— Die Sortierarbeit der anfallenden Muster, bei der bis zu 80% der Packungen ausgesondert werden mußten (Verfallsdaten, ungeeignet für Entwicklungsländer etc.), war sehr kostenaufwendig, ebenso die Lagerhaltung der vielen verschiedenen Einzelpackungen und Mittel. Die Beseitigung unbrauchbarer Medikamente durch Sondermüll ist teuer.
— Wir können gleiche Mittel guter Qualität in geeigneten Großpackungen mit mehrsprachiger Gebrauchsanweisung bei verschiedenen Quellen günstig kaufen und können diese Bezugsquellen unseren Empfängern auch weiterempfehlen.

Wir bitten die Kollegen uns deshalb künftig keine Ärztemuster mehr zuzusenden, sondern uns eine Spende zu überweisen, da wir z.B.
für DM 13,— 3 500 Drg. Eisen 0,2 g in Großpackungen oder
für DM 36,— 12 000 Drg. Mulivitamin
für DM 32,— 1 500 Tabl. Penicillin V 0,2 Mega
für DM 70,— 2 100 Tabl. Chloroquin etc. kaufen können.

UNBERÜHRT DAVON bleibt die Sammlung von Instrumenten und medizinisch-technischen Geräten, zu der wir auch weiterhin aufrufen.
UNBERÜHRT DAVON bleiben Großspenden aus der pharmazeutischen Industrie, die wir gemäß den Bedürfnissen unserer Projekte erbitten.

Bessere, wirksame und sichere Medikamente

Die neue Medikamentenpolitik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat sich in den letzten Jahren verstärkt den Gesundheitsproblemen der Dritten Welt zugewandt. Die Dritte Weltist in allen UNO-Organisationen stärker geworden – die WHO fordert die gesundheitliche Versorgung der armen Massen der Dritten Welt, sie macht sich die Strategie der Blockfreien Länder der Dritten Welt gegen die Pharma-Multis zu eigen.
Ich möchte zeigen, daß das Konzept der „Unentbehrlichen Arzneimittel" der WHO eine sehr weitgehende Veränderung des Pharma-Marktes bewirken kann. Das Konzept wird nur verständlich, wenn die allgemeinen WHO-Überlegungen zur „Basismedizin" mitberücksichtigt werden, was Inhalt des 2. Teils des Aufsatzes ist. Im 3. Abschnitt werde ich die Reaktion der Pharma-Multis darstellen und abschließend Anhaltspunkte für eine kritische Würdigung formulieren.

„Unentbehrliche Arzneimittel" – ein radikales Konzept

1977 erschien bei der WHO ein kleines, 37 Seiten umfassendes, blaues Heft mit dem Titel „Die Auswahl von unentbehrlichen Arzneimitteln". (1)
Der Inhalt war eine kleine medizinisch-pharmakologische Sensation. Erstmals wurde von einer angesehenen medizinischen Organisation weltweit das bestätigt, was Kritiker schon lange behauptet haben: daß Patienten in der Ersten Welt wie in der Dritten Welt mit wenigen, ausgesuchten Medikamenten ausreichend versorgt werden können. Das ist der Ansatzpunkt der WHO; Der Pharma-Markt wurde von einer immer größer werdenden Anzahl von verschiedenen Markenmedikamenten überschwemmt, der Werbeaufwand – der rund 30 % der Kosten der Pharma-Multis ausmacht – wird immer größer. Das Arzneimittelangebot der Multis hat oft „wenig mit den unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnissen und -prioritäten der einzelnen Ländern zu tun" – so die Einschätzung der WHO (2).

1.) Mit den unentbehrlichen Medikamenten soll der Pharma-Markt von *entbehrlichen, überflüssigen Arzneimitteln* befreit werden, soll die Arzneimittelsicherheit verbessert werden.
Die WHO hat die Auswahl dieser unentbehrlichen Arzneimittel selbst durchgeführt: 1977 hat sie in dem blauen Heft eine erste Liste mit 210 unentbehrlichen Medikamenten veröffentlicht, in der zweiten, überarbeiteten und aktualisierten Liste sind rund 240 unentbehrliche Arzneimittel enthlaten (3) Mit diesen 240 unentbehrlichen Arzneimitteln – die in unterschiedlichen Dosierungen und Darreichungsformen zu gut 500 Medikamenten werden – kann der Pharma-Markt sehr effektiv durchforstet werden. Sie könnten die (20.000 – 30.000) Markenmedikamente ersetzen, die in der BRD gehandelt werden (4). Sie könnten di 15.000 Markenmedikamente ersetzen, die in Indien auf dem Markt sind. (5).
Die stark eingeschränkte Anzahl von unentbehrlichen Arzneimitteln steht so im krassen Gegensatz zur immensen Fülle an Markenmedikamenten, die auf dem Markt sind. Wie kommen die WHO-Experten zu dieser stark beschränkten Anzahl?
Es wurden zu allererst nur diejenigen Medikamente aufgenommen, bei denen eine Wirksamkeit überhaupt nachgewiesen werden konnte. Unwirksame Medikamente sind entbehrlich – wenn der Pharma-Markt mit diesem Kriterium durchforstet wird, fällt mindestens die Hälfte der auf dem Markt befindlichen Medikamente weg (6). Dies ist das Ergebnis der Wirksamkeitsüberprüfung auf dem US-Pharmamarkt (Silvermann 1974). Unentbehrliche Medikamente müssen weiter ausreichend sicher sein, das Kosten/Nutzen Verhältnis muß den Einsatz rechtfertigen und sie müssen den Gesundheitsproblemen der jeweiligen Nation entsprechen. (Nationale Arzneimittelliste)
Wirksamkeit, Sicherheit und nationale Gesundheitsbedürfnisse – diese drei Schlagworte fassen die Auswahlkriterien zusammen und führen zu 240 unentbehrlichen Arzneimitteln.
In dieser Zahl sind Impfstoffe, Gegengifte, Mineralstoffe, Vitamine und diagnostische Substanzen enthalten. Wenn wir diese abziehen, bleiben 175 unentbehrliche Medikamente im eigentlichen Sinne (7).
Diese Liste ist als Vorbild für die Erste und die Dritte Welt gedacht. Wenn die nationalen Gesundheitsbedürfnisse, die unterschiedlichen Krankheitsbilder berücksichtigt werden, dann werden gerade die Länder der Dritten Welt mit noch weniger unentbehrlichen Arzneimitteln auskommen können:
In Nepal beispielsweise, einem der ärmsten Länder der Dritten Welt, werden rund 2.000 verschiedene Markenmedikamente importiert – für die Gesundheitsversorgung werden im Gegensatz dazu ganze 104 unentbehrliche Arzneimittel benötigt (8)
„Unentbehrliche Arzneimittel" – dieses Konzept der medikamentösen Versorgung ist Teil einer nationalen Gesundheitspolitik, die die Bevölkerung mit Medikamenten versorgen will, deren Wirksamkeit erwiesen und deren Risiko kontrolliert ist. Dieses Konzept ist gleichzeitig ein Angriff auf die Praxis der Multis. Denn hätten diese die Märkte der Ersten Welt wie der Dritten Welt mit ausreichend wirksamen und sicheren Medikamenten beliefert, wäre die Modell-Liste der WHO entbehrlich gewesen ...

2.) Die Unentbehrlichen Arzneimittel bringen eine ganz entscheidende *Kosteneinsparung* mit sich. Hier ist der zweite Ansatzpunkt zu sehen: unentbehrliche Arzneimittel sollen nicht mehr als Markenmedikamente beschafft und vertrieben werden. Die Markennamen werden abgeschafft, sie werden vielmehr mit ihrer pharmakologischen Einheitsbezeichnung beschafft und vertrieben. Die pharmakologische Einheitsbezeichnung ist eine weltweit verbindliche Abkürzung für die chemische Formel des Wirkstoffes im Medikament, sie bezeichnet und benennt das, was im Medikament drin ist. Warum mit dieser Benennung viel Geld gespart werden kann, soll an einem Beispiel gezeigt werden:
„VALIUM 10", „TRANQUO-TABILEN 10", „NEUROLYTRILL 10" – das sind drei Markennamen für das gleiche Medikament, für denselben Wirkstoff: DIAZEPAM.
'Diazepam' ist die pharmakologische Einheitsbezeichnung der drei Markenmedikamente. (9)
In der BRD kosteten 1979 100 Einzeldosen VALIUM Dm 44,80 (auf der Basis 20 Tabletten a 10 mg) – als

markenloses Medikament, als DIAZEPAM ist es auch von der Firma Ratiopharm in vergleichbarer Qualität erhältlich, Kosten: DM 16,75 für 100 Einzeldosen. Das Markenmedikament „Valium" kostet mehr als doppelt so viel wie das markenlose Medikament Diazepam. Für die Gesundheitsversorgung bedeutet da das mit DM 44,80 bei Ratiopharm nicht 100 sondern 267 Einzeldosen gekauft werden können.
Markenmedikamente sind sehr teuer, „Valium" wird von dem Schweizer Pharma-Multi Hoffmann-La Roche hergestellt, der DIAZEPAM erfunden und patentiert hat und als VALIUM weltweit verkauft. Patente schützen den Erfinder vor Konkurrenz – die Pharma-Multis können mit ihren Patenten konkurrenzlose Jagdgründe aufbauen. Hohe Medikamentenpreise sind die Folge. Die markenlosen Medikamente sind aus zwei Gründen billiger:
– die Werbekosten für den Markennamen entfallen, da nicht mehr „Valium" oder „Tranquo-Tabilen" beworben wird, sondern beide Medikamente nur noch schlicht „DIAZEPAM" heißen.
– durch die markenlosen Medikamente können Hersteller die die Markenartikel kopieren, als Konkurrenten auftreten. Wird „DIAZEPAM" beschafft, entscheidet der Preis, sofern die Qualität der Angebote vergleichbar ist. Durch diesen Mechanismus kann gerade bei den unentbehrlichen Arzneimitteln sehr viel gespart werden. Von den 240 Medikamenten sind rund 95 % nicht mehr unter Patentschutz (10), diese können weltweit kopiert und billiger hergestellt werden. In Sri Lanka wurden auf dem Weltmarkt diese markenlosen Medikamente – englisch „Generics" genannt und inzwischen auch schon eingedeutscht – beschafft. Kostenreduktion bei 52 unentbehrlichen Arzneimitteln: 40 % (11). Generics durchbrechen so das Monopol der Pharma-Multis und führen zu einer ganz entscheidenden Verbilligung.
Auch der zweite Pfeiler des WHO-Konzepts – Beschaffung und Verteilung von Generics – läßt sich klar in eine bessere nationale Gesundheitspolitik einordnen:

Der Arzneimittelmarkt – oder wie aus einer Wirksubstanz 16 Markenmedikamente mit 37 verschiedenen Preisen gemacht werden

Die Wirksubstanz: TETRACYCLIN ein unentbehrliches Arzneimittel der WHO	wurde 1978 in der BRD als Kapseln unter 16 verschiedenen **Markennamen** vertrieben	mit 37 verschiedenen Preisen von 1,30 DM bis 5,49 (= bis zu viermal teurer)			(graphischer Preisvergleich)
* Tetracyclin-HCl 1000 mg	ACHROMYCIN Lederle	20 Kps zu 250 mg	8,78	1,76	
		100 Kps zu 250 mg	32,56	1,30	
	CORDIBLETS Makara	10 Kps zu 250 mg	6,61	2,64	
		20 Kps zu 250 mg	12,85	2,57	
	HOSTACYCLIN Hoechst	8 Kps zu 250 mg	10,47	5,24	
		16 Kps zu 250 mg	18,32	4,58	
		100 Kps zu 250 mg	82,15	3,29	
	REMICYCLIN[6] Schaper & Brummer	10 Kps zu 250 mg	13,17	5,27[6]	
		20 Kps zu 250 mg	22,88	4,58[6]	
		100 Kps zu 250 mg	87,09	3,48[6]	
	SUPRAMYCIN N Grunenthal	16 Kps zu 250 mg	13.81	3 45	
		100 Kps zu 250 mg	76,23	3,05	
	TEFILIN 250 Heilit	8 Kps zu 250 mg	7,08	3,54	
		16 Kps zu 250 mg	12,91	3,23	
		100 Kps zu 250 mg	61,29	2,45	
	TETRA-CITRO S Chephasaar	10 Kps zu 250 mg	8,52	3,41	
		20 Kps zu 250 mg	15,68	3,14	
		100 Kps zu 250 mg	62,04	2,48	
	TETRACYCLIN ANKERMANN P/V Ankermann	16 Kps/Drg zu 250 mg	15,67	3,92	
		96 Kps/Drg zu 250 mg	76,19	3,17	
	TETRACYCLIN BERCO[2] H. Funke	8 Kps zu 250 mg	7,78	3,89	
		16 Kps zu 250 mg	14,58	3,65	
		100 Kps zu 250 mg	58,49	2,34	
	TETRACYCLIN-CORM 250 Cormontapharm	8 Kps zu 250 mg	6,79	3,40	
		16 Kps zu 250 mg	12,59	3,15	
		100 Kps zu 250 mg	48,50	1,94	
	TETRACYCLIN HEYL Heyl	8 Kps zu 250 mg	7,29	3,65	
		16 Kps zu 250 mg	11,29	2,82	
	TETRACYCLIN 250mg IPG	20 Kps zu 250 mg	6,68	1,38	
	TETRACYCLIN ISN[2] ISN	16 Kps zu 250 mg	16,60	4,15	
		100 Kps zu 250 mg	69,00	2,76	
	TETRACYCLIN 250 Stada	20 Kps zu 250 mg	9,60	1,92	
	TETRACYN SF[2] Pfizer	16 Kps zu 250 mg	21,94	5,49	
		100 Kps zu 250 mg	103,13	4,13	
	TETRALUTION 250 Merckle	10 Kps zu 250 mg	6,35	2,54	
		20 Kps zu 250 mg	11,94	2,39	
		100 Kps zu 250 mg	36.70	1,47	

Preise 1978, aus Transparenz/Telegramm 1978, 41

durch die Generics sollen die Kosten der medikamentösen Versorgung verringert und damit die Möglichkeit der medizinischen Versorgung vergrößert werden. Für die Dritte Welt ist dies besonders wichtig: heute sind 80 % der Bevölkerung der Dritten Welt von jeglicher Versorgung mit westlicher Medizin ausgeschlossen (12). Billigere Medikamente könnten vermehrt denjenigen zur Verfügung gestellt werden die heute dazu noch keinen Zugang haben.

3.) Die WHO geht mit ihrem Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel noch weiter:
in der 2. Modelliste (13) sind nicht nur die unentbehrlichen Arzneimittel aufgeführt – zusätzlich wurde die Darreichungsform und die Dosierung mit aufgenommen. Mit dieser erweiterten Liste kann *das gesamte Apothekenangebot* (Arzneimittel in unterschiedlichen Dosierungen und in unterschiedlichen Darreichungsformen z.B. Tablette, Zäpfchen, Ampulle etc.) durchforstet werden. Entscheidend qualitativ erweitert werden soll die Liste durch weltweit verbindliche und standardisierte Arzneimittelinformationen für die unentbehrlichen Arzneimittel.



Die Arzneimitteliste der WHO ist *Kritik an der Marktpraxis* der Pharma-Multis – denn sie bricht radikal mit den Marktmechanismen: Nicht mehr die Multis sollen entscheiden, welche Medikamente auf den Markt kommen – sondern nationale Arzneimittelbehörden und Fachleute sollen nach den Kriterien der Wirksamkeit, des kontrollierten Risikos und der nationalen Gesundheitsbedürfnisse den Umfang des Marktes und die Zulassung der einzelnen Medikamente bestimmen. Nicht mehr die Multis sollen für die Arzneimittelinformation zuständig sein, sondern Fachleute und nationale Gesundheitsbehörden. (14) Diese Politik entspricht der Resolution der Blockfreien Länder der Dritten Welt, die eine Gegenstrategie zu den Pharma-Multis gefordert hat. (15) Sie ist radikal gegen die bisherige Versorgungspraxis der Pharma-Multis, gegen die Ineffizienz auf dem Markt gerichtet. Sie kann ebenso in der Dritten wie in der Ersten Welt zu einer Verbesserung der medikamentösen Versorgung führen. Warum hat sich die WHO die Strategie der Dritten Welt zu eigen gemacht? Wir können dies erst dann genauer verstehen, wenn wir die Arzneimittelpolitik in den allgemeineren Rahmen der neuen medizinischen Entwicklungspolitik für die Dritte Welt stellen.

Elementare statt elitäre Gesundheitsversorgung

Im Gesundheitsbereich ist die Entwicklungseuphorie zerflossen, der Bankrott der Entwicklungspolitik wurde in den 70ier Jahren immer offensichtlicher: Die Masse der Bevölkerung in der Dritten Welt wurde vom Gesundheitswesen zunehmend ausgeschlossen. Die Gesundheitsversorgung der Dritten Welt „*wurde nach dem Vorbild der industrialisierten Welt aufgebaut, aber diese Strategie war ein Fehlschlag. Es wurden dabei relativ hochentwickelte Gesundheitssysteme mit hochqualifiziertem Personal geschaffen, in der Hoffnung, daß diese sich allmählich ausbreiten würden, wenn die finanziellen Mittel vergrößert werden, bis die gesamte Bevölkerung versorgt werden kann. Das Resultat war total verschieden. Die Gesundheitssysteme haben sich vor allem auf die Städte konzentriert, sie sind kurativ ausgerichtet und vor allem für eine kleine, privilegierte Schicht der Bevölkerung zugänglich*" – so fassen bereits 1975 die WHO und das Weltkinderhilfswerk die UNICEF die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Dritten Welt zusammen. (16)
Das Entwicklungsmodell - die Kopie der hochtechnisierten, westlichen Medizin – ist gescheitert. Statt Zugang hat es Ausschluß von medzinischer Versorgung in der Dritten Welt gebracht. Selbst präventive Maßnahmen wie die Impfkampagnen haben in der Dritten Welt langfristig keinen Erfolg gehabt. Sie haben soviele Mittel an sich gebunden, daß kein Geld mehr für einen dauerhaften Aufbau einer medizinischen Infrastruktur übrigblieb.
Die medzinische und gesundheitliche Versorgung und Entwicklung der Dritten Wel war Anfang der 70er Jahre in eine tiefe Krise geraten. Es wurde offensichtlich, daß die Gesundheitsprobleme der Dritten Welt nur mit eigenen, radikal von der Ersten Welt verschiedenen Ansätzen angegangen werden müssen. Die medzinische Technologie bot keinen Ausweg – erst neue Ansätze aus der Dritten Welt boten Lösungen an: die Erfahrungen von Cuba, der Volksrepublik China und in Tansania wurden zu Vorbildern. Daraus wurde von der WHO eine neue, weltweite Strategie für das Gesundheitswesen der Dritten Welt entwickelt: die *elementare Gesundheitsversorgung.*
In diesem Konzept werden alle gesundheitspolitischen Aktivitäten der WHO zusammengefaßt. Es ist der Schlüssel zur Erreichung des erklärten Ziels der WHO: „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000!" In der „Erklärung vom Alma-Ata" – dem Ort der Konferenz über die elementare Gesundheitsversorgung – wird diese folgendermaßen definiert:
„*Elementare Gesundheitsversorgung ist unentbehrliche Gesundheitsversorgung beruhend auf wissenschaftlich fundierten Methoden und Technologie, die allen Individuen und Familien in der Gemeinschaft erreichbar gemacht werden sollen, indem sie daran voll beteiligt werden. Dies zu Kosten, daß die Gemeinschaft und das Land die jeweilige Entwicklungsstufe finanzieren und absichern können im Geist der nationalen Eigenständigkeit und Selbstbestimmung" (17).*

Die elementare Gesundheitsversorgung setzt im unmittelbaren Lebensbereich an: die Familie und die Gemeinde sind die erste und wichtigste Ebene der neuen Gesundheitsversorgung. Der „Basisgesundheitsarbeiter" („primary health care worker" auf englisch) wird zum wichtigsten Träger des Systems, das einer maximalen persönlichen und gemeindeweiten Beteiligung bedarf. Der Basisgesundheitsarbeiter soll von der Gemeinde ausgewählt werden, er wird kurz und praxisorientiert ausgebildet. Durch sein Zusammenle-

ben können die Gesundheitsprobleme der Gemeinde im Alltag angegangen und gelöst werden. Gesundheitsposten und Bezirksspitäler, von höher qualifiziertem Personal betreut, werden nur in Ausnahmefällen, bei besonders schwierigen Krankheiten in Anspruch genommen. Gesundheit durch Selbstorganisation – – das ist die Parole der elementaren Gesundheitsversorgung. Deshalb ist das Konzept der „elementaren Gesundheitsversorgung" weitergehend als die sogenannte „Basismedizin": Nicht das medizinische System soll an die Basis gehen, sondern die Basis soll die Medizin selbst organisieren! (18)
Die „elementare Gesundheitsversorgung" ist die umfassende Strategie der WHO – mit diesem vereinfachten und breiten System soll das Ziel der WHO „Gesundheit für Alle

lichst schnell verfügbar gemacht werden. Wir werden später sehen, daß die Pharma-Industrie gerade auf dieses Programm Einfluß genommen hat. Denn in diesem Programm geht es nicht um ein Konzept, sondern unmittelbar um das Geschäft. „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000" ist auch für die Lieferung unentbehrlicher Arzneimittel genauer definiert worden – bis dann sollen sich alle Menschen auf der Welt mindestens 20 unentbehrliche Arzneimittel im Umkreis von einer Stunde Fußmarsch beschaffen können (20).
Soll dieses Ziel erreicht werden, müssen über zwei Milliarden Menschen, die heute in der Dritten Welt noch keinen Zugang zu Medikamenten haben, neu versorgt werden – ein immenser Markt für die Pharma-Multis!


WHO/OMS 18528

bis zum Jahr 2000" erreicht werden. Eine einfache, angepaßte und finanzierbare Technologie ist eines der Hilfsmittel dazu. In der Auflistung dieser Hilfsmittel für eine neue Gesundheitsversorgung steht an letzter Stelle: „Die Lieferung von unentbehrlichen Medikamenten". Die WHO versucht somit, das Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel in den umfassenderen Rahmen der elementaren Gesundheitsversorgung einzuordnen. Der erste Schritt ist die bereits dargestellte Ausarbeitung einer Modelliste von unentbehrlichen Arzneimitteln. Die WHO hat noch drei weitere wichtige Schritte zur Umsetzung dieser Stretegie in die Wege geleitet:
1.) *Mit dem „Aktionsprogramm für unentbehrliche Arzneimittel"* soll ein Instrument geschaffen werden, daß die Länder der Dritten Welt in kürzester Zeit in die Lage versetzen soll, die unentbehrlichen Arzneimittel entsprechend der nationalen Bedürfnisse auszuwählen, zu beschaffen und zu verteilen. (19)
Dieses Aktionsprogramm berät Regierungen bei der Zusammenstellung der nationalen Liste unentbehrlicher Medikamente, bei der Beschaffung und Verteilung dieser Arzneimittel. Damit sollen möglichst billige Arzneimittel mög-

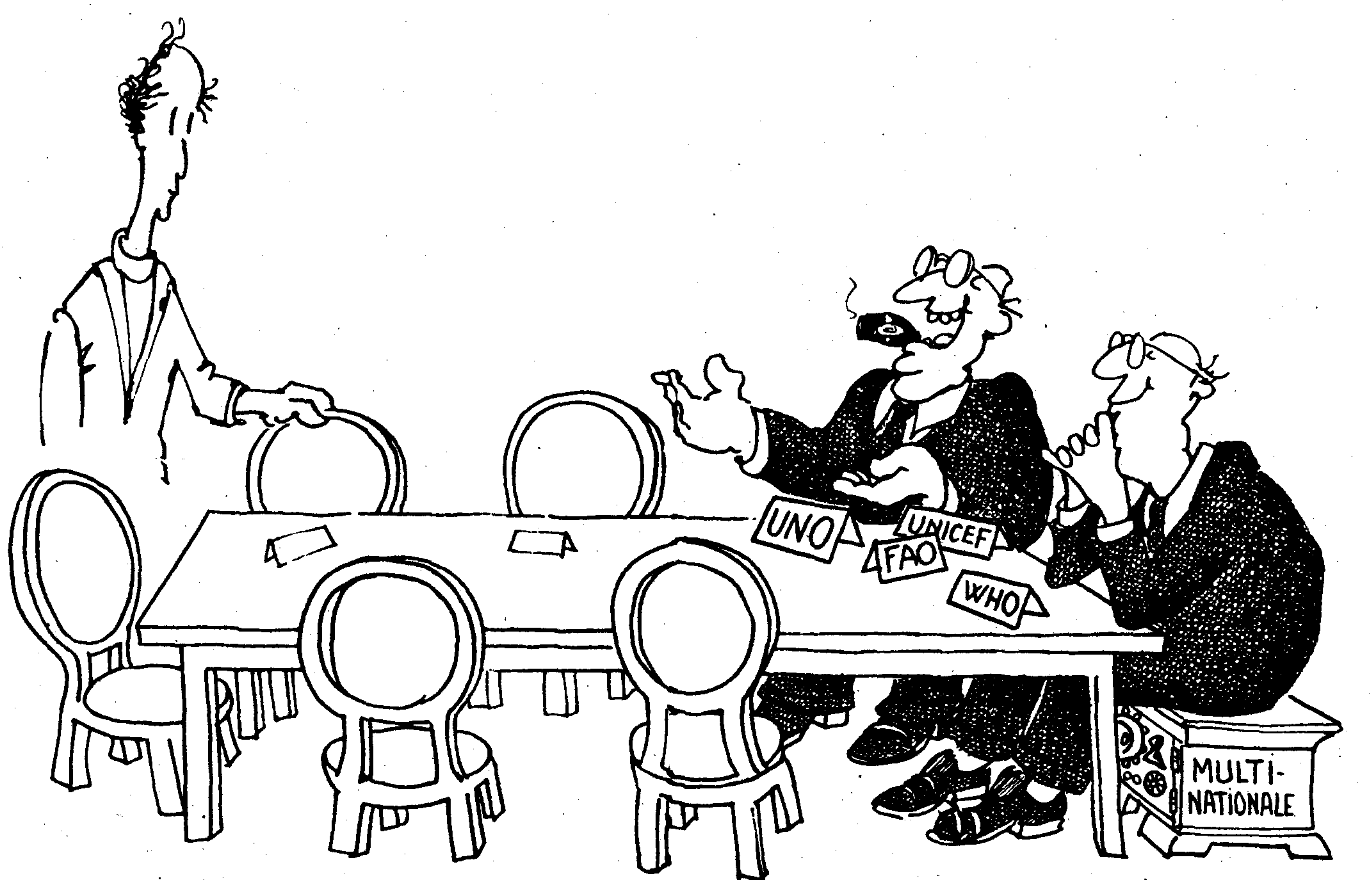
2.) gegen die meisten *Massenkrankheiten der Dritten Welt* gibt es keine ausreichend wirksamen, ausreichend sicheren oder billigen Medikamente (21). Medikamente als kurative, symptomatische Mittel können zur Bekämpfung dieser Krankheiten nur beschränkt beitragen. (22)
Was heute an Medikamenten für die Dritte Welt verfügbar ist, ist in jeder Hinsicht nicht ausreichend (vgl. dazu den Aufsatz über die Pharma-Multis in diesem Heft).
3.) Die WHO hat nicht nur eine Modell-Liste von unentbehrlichen Arzneimitteln ausgearbeitet. Sie hat auch ein *Ausbildungshandbuch für Basisgesundheitsarbeiter* vorgelegt. (23), mit der angepaßten, vereinfachten aber sehr genauen Beschreibung der 18 unentbehrlichen Medikamente, die für den Basisgesundheitsarbeiter ausreichend sind. Auch die beabsichtigten weltweit standardisierten Arzneimittelinformationen der unentbehrlichen Arzneimittel werden in einem Abschnitt so verfaßt sein, daß Basisgesundheitsarbeiter und Patienten einfach aber vollständig informiert werden.
Als weitere Orientierungshilfe hat die WHO ein Managementhandbuch für die elementare Gesundheitsversor-

gung veröffentlicht (24).
Die Handbücher und die Modell-Liste sind Hilfsmittel oder Unterstützungsmaßnahmen der WHO für die nationale Umsetzung der elementaren Gesundheitsversorgung. Die WHO mit ihrer umfassenden Strategie der 'elementaren Gesundheitsversorgung' drückt den wachsenden Einfluß der Dritten Welt in den internationalen Organisationen aus. Wir werden bei dem abschließenden Versuch der kritischen Bewertung sehen, daß diese weniger bei dem – m. E. überzeugenden – technischen Konzept als vielmehr bei den politischen Umsetzungschancen anzusetzen hat.

Die Antwort der Multis

Die Pharma-Multis waren alles andere als begeistert, als die WHO 1977 ihre Liste der unentbehrlichen Arzneimittel veröffentlichte. Der Weltpharmaproduzentenverband (IFMPA) stellte zusammenfassend fest:
„Die Anwendung der fehlgeleiteten Maßnahmen, die im WHO Report empfohlen werden, würden ernsthaft die medizinische Versorgung verzögern und würden die pharmazeutische Industrie entmutigen, weitere Investitionen (Anm.: in der Dritten Welt) vorzunehmen.
Der US-Pharmaproduzentenverband formuliert noch schärfer:
„Die Industrie bekämpft aufs Schärfste dieses Konzept. Sie hält daran fest, daß die von der WHO vorgebrachten wirtschaftlichen und ökonomischen Argumente für die Rechtfertigung einer Liste unentbehrlicher Arzneimittel falsch sind und daß die Anwendung dieser Empfehlungen in einer suboptimalen medizinischen Versorgung resultieren könnte und daß Gesundheitsstandards, die bereits erreicht wurden, gefährdet werden können. (26)
Aus Sorge um den Patienten ...
– diesen Eindruck versuchen die Pharmainteressenverbände zu erwecken – seien die Maßnahmen der WHO falsch. Wenn wir Äußerungen von einzelnen Pharma-Managern anschauen, dann wird klarer, um was es der Pharma-Industrie geht: David W. Ortlieb, Präsident von Abbott International Inc. – ein großer US-Pharma-Multi, meint zur Politik der WHO und dem Widerstand der Dritten Welt gegen die Pharma-Multis:
„Angesichts der tatsächlichen Bedürfnisse für eine industrielle Entwicklung und nationale Unterstützung für die Gesundheitsversorgung, können einige Pharma-Multis zu dem Schluß kommen, daß die Risiken verbunden mit dem Markteintritt in die Dritte Welt zu hoch sind und sie werden ihre Energie dem Wettbewerb in den entwickelten Ländern zuwenden." (27)
Im Klartext: Wenn die Länder der Dritten Welt die Vorstellungen der WHO umsetzen, werden sich die Multis aus der Dritten Welt zurückziehen.
Das ist eine sehr eindeutige Drohung – sie steckt auch schon in den Stellungnahmen der Interessenverbände –, denn heute würde die Versorgung mit Medikamenten in der Dritten Welt zusammenbrechen, wenn die Multis ihre Tochterfirmen dort schließen würden. 1973 hat Pakitan über ein Gesetz 'Generics' eingeführt, den Patent- und Markennamensschutz für Arzneimittel aufgehoben. Ciba-Geigy zog sich aus dem Geschäft in Pakistan zurück, die Medikamentenversorgung brach zusammen. 18 Monate nach Verabschiedung des Gesetzes mußte Pakistan wieder den Gebrauch von 244 Markenmedikamenten zulassen. Die Drohung von Abbot-Chef Ortlieb ist alos sehr realistisch, die Marktmacht der Multis in der Dritten Welt ist so groß,daß sie stärker als Nationalstaaten sein kann! (28)

Im Sommer 1978 haben einige der großen Pharma-Multis (Bayer, Ciba-Geigy, Cynamid, Hoechst, Hoffmann-La Roche, Sandoz) überraschend eine völlig andere Position bezogen: Sie schlugen der WHO vor, mit ihr und den Regierungen der ärmsten Länder der Welt zusammenzuarbeiten, um ihnen ausgewählte Produkte für die Verbesserung und Verbreitung der Gesundheitsversorgung zu liefern.
„Diese ausgewählten Produkte würden zur Verfügung gestellt



werden unter speziell günstigen Bedingungen in wirtschaftlichen Größen, es würden die Anforderungen der elementaren Gesundheitsversorgung ebenso wie die tropischen Klimaverhältnisse berücksichtigt werden, mit einheitlicher Etikettierung als Generics" – so beschreibt die WHO das an sie gerichtete neue Angebot der Multis. (29)
Das paßt nicht mehr in das gewohnte Bild: die großen europäischen Pharma-Multis schließen sich den Forderungen der Dritten Welt an! Es geht sogar noch weiter: der Bundesverband pharmazeutischer Industrie propagiert auf seinem Hochglanzpapier das Konzept der elementaren Gesundheitsversorgung. (30). Sind aus den schwarzen Schafen – Ciba-Geigy in Pakistan beispielsweise – leuchtende Vorbilder geworden?
Ich kann hier diese Entwicklung nicht ausführlich diskutieren (vgl. dazu meine in Kürze erscheinende Untersuchung) (31) – wichtig in unserem Zusammenhang ist, daß die europäischen Pharma-Multis mit ihrem Angebot erstmals zugegeben haben, daß der Pharma-Markt mit dem Kriterium der Entbehrlichkeit/Unentbehrlichkeit tatsächlich durchforstet werden kann. Die Multis wollen dies allerdings nur für die Dritte Welt gelten lassen. Die zwei Milliarden Menschen, die mit unentbehrlichen Arzneimitteln neu versorgt werden sollen, waren offensichtlich doch ein zu großer Markt; die europäischen Multis wollten sich diesen Markt sichern. Bezeichnenderweise rechnet die Pharma-Industrie für die Zukunft mit der Dritten Welt – bis zum Jahr 2000 soll dort der Pharmakonsum von 23 Milliarden US $ heute auf 131 Milliarden US $ steigen, so die vom Bundesverband pharmazeutischer Industrie veröffentlichte Prognose (32). Auch die WHO hat zurückgesteckt: plötzlich soll nicht mehr das gesamte Gesundheitswesen insbesondere der Dritten Welt mit markenlosen, unentbehrlichen Arzneimitteln versorgt werden. Es soll nur noch das staatliche Gesundheitswesen damit beliefert werden. Die Pharma-Multis machen ihre Geschäfte dort, wo die Leute Geld haben – in der Dritten Welt heute im privaten Gesundheitswesen. Diese Geschäfte wird die WHO durch die Einschränkung der unentbehrlichen Arzneimittel auf den staatlichen Gesundheitsbereich nicht antasten – dies ist zumindest die Linie, wie sie in dem „Aktionsprogramm für unentbehrliche Arzneimittel" zum Ausdruck kommt. (33). Das bisherige Geschäft der Multis, das private Gesundheitswesen, das Gesundheitswesen der Reichen und Privilegierten, bleibt; mit ihrem Angebot wollen sie sich ihren Anteil an dem neu zu erschließenden Markt der Armut sichern. Die WHO hat insgesamt keine eindeutige Linie zu diesem Angebot eingenommen – sie hat bis heute noch nicht darauf reagiert. (34) Mir ist aber aus der WHO mitgeteilt worden, daß demnächst konkrete Verhandlungen mit den Multis aufgenommen werden sollen. Ciba-Geigy hat bereits eine Tochterfirma für die Dritte Welt gegründet: „Servipharm" verkauft 13 unentbehrliche Arzneimittel zu Sonderkonditionen als Generics an Regierungen der Dritten Welt. (35)

Damit nicht Alles auf dem Papier stehen bleibt

Das Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel, die radikale Umkehrung der Entscheidungsgewalt über die Medikamentenbelieferung und -verteilung, der allgemeinere Rahmen der elementaren Gesundheitsversorgung – alle diese Komponenten der WHO-Politik sind vom Ansatz her überzeugend: sie sind autozentriert, die Technologie ist angepaßt, arbeitskräfteintensiv. Die WHO hat in diesem Bereich sehr stark die Vorstellungen der Dritten Welt übernommen, sie hat sich die Entschlüsse der Blockfreien Länder der Dritten Welt zu eigen gemacht.

Die WHO selbst kann wenig für die Umsetzung der Strategie tun, sie kann rechtlich und institutionell nur Empfehlungen an die nationalen Regierungen abgeben. Die WHO stellt in diesem Zusammenhang das Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel und die Strategie der elementaren Gesundheitsversorgung als technisch bessere Entwicklungsmöglickeit insbesondere für die Dritte Welt vor. Die politische Umsetzung wird den Herrschenden in der Dritten Welt überlassen – doch genau diese sind dafür verantwrtlich, daß das Gesundheitswesen und der Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Dritten Welt so miserabel sind. Auf dem Papier haben alle Regierungen dem Konzept der „elementaren Gesundheitsversorgung" zugestimmt. „Ihre Königliche Hoheit, Prinzessin Ashraf Pahlavi", die Schwester des Schahs beispielsweise war Vizepräsidentin der WHO-Konferenz von Alma-Ata (UdSSR) über die elementare Gesundheitsversorgung (WHO 1978). Auf dem Papier ist das Konzept überzeugend, nur muß es politisch gegen eine herrschende reaktionäre Elite in den meisten Ländern der Dritten Welt durchgesetzt werden. Und genau hier schweigt die WHO, sie beschränkt sich darauf, an den *„politischen Willen, im Geiste der sozialen Gerechtigkeit, der darauf abzielt, die Gesundheit aller Völker zu verbessern."*(36) zu appellieren.



„Darf's um 80 Gramm mehr sein?"

Wie stehen die Umsetzungschancen, wenn Regierungen die Ungerechtigkeit vertiefen und zementieren? – Wie beispielsweise das Schah-Regime im Iran? Wenn Regierungen nicht bereit sind, mit dem einfachsten und billigsten sowie bestbekannten Mittel gesundheitlich zu helfen, mit ausreichender Ernährung?
Die armen Massen der Dritten Welt werden dafür kämpfen müssen, daß sie von den technisch überzeugenden Konzepten der WHO profitieren können. Wir in der Ersten Welt können diesen Kampf unterstützen. Auch das muß nicht nur auf dem Papier geschehen. Wir können die Strategie der Dritten Welt, auf dem Pharmamarkt nur noch unentbehrliche Arzneimittel zuzulassen, übernehmen: denn die damit verbundene Erhöhung der Arzneimittelsicherheit und Verbilligung des Arzneimittelkonsums sind Forderungen, die auch in der BRD aktuell sind. Und genau davor haben die Pharma-Multis auch Angst; daß wir sagen, *„unentbehrliche Arzneimittel auch bei uns!"* Der Bundesverband pharmazeutischer Industrie ist in dieser Frage sehr präventiv vorgegangen. Bereits vor mehr als einem Jahr hat er in seinem breiten Publikationsorgan „Medikament und Meinung" verkünden lassen: *„WHO-Arzneimittelverzeichnis ohne Relevanz für die Industrie-*

staaten – Essential Drugs: Notapotheke für die Armen!" (37)
Die Pharma-Multis machen ihre Geschäfte mit einer immer größer werdenden Anzahl von unterschiedlichen Markenmedikamenten, deren Entbehrlichkeit in den meisten Fällen nach Ansicht der WHO erwiesen ist. Unentbehrliche Arzneimittel beseitigen diese unnütze Flut, der immense Werbeaufwand wird nicht mehr notwendig sein – aber so gehen auch den Multis die Grundlagen für die besonders guten Geschäfte verloren: Hoechstprofite durch Markenmedikamente, die nach deren Belieben auf den Markt kommen können. Die Dritte Welt hat Widerstand gegen die Multis geleistet, sie will bessere, wirksame und sichere Medikamente – wir können die Dritte Welt unterstützen, indem wir dasselbe fordern:
Unentbehrliche Arzneimittel auch bei uns!

Marcel Bühler

ANMERKUNGEN:

1.) WHO (TRS 615) (1977), The selection of essential Drugs, Report of a WHO Expert Comittee, Geneva 1977
2.) a.a.O., S. 9, Alle Übersetzungen vom Autor
3.) WHO (TRS 641, 1979), The selection of essential Drugs, second Report of the WHO Report comittee, Technical Report No 641, WHO, Geneva 1979
4.) Fülgraff (1979), Einleitung, in: Fülgraff/Palm (1979) Ed., Pharmakotherapie, klinische Pharmakologie, 3. Auflage 1979, S. 1
5.) Agarwal, Anil (1978), Drugs and the Third World, Harthscan, London, 1978, S. 17
6.) Medikamente sind immer Teil einer hochspezialisierten technischen Arbeitsteilung – auch der „Barfußarzt" wird für den Einsatz der Medikamente ausgebildet, er hat immer einen medizinischen Wissensvorsprung. Mit dem Begriff „Basismedikamente" wird der Eindruck erweckt, die Basis – die Patienten – könnten über ihre Medikamente verfügen. Dieser Begriff geht aber daran vorbei, daß der medikamentöse Einsatz immer eine spezielle Ausbildung und Zuständigkeit voraussetzt. Auch der chinesische Barfußarzt verordnet unter Umständen sehr gefährliche Medikamente. Der Begriff „unentbehrliche Arzneimittel" ist m.E. viel passender, denn er verspricht der Basis keine – m.E. unerwünschte – Autonomie über die Medikamente, er drückt vielmehr aus, daß die Patienten nur noch mit unentbehrlichen, d.h. tatsächlich sinnvoll eingesetzten und ausgewählten Medikamenten versorgt werden sollen.
7.) Lunde, P.K.M. (1980), The World Health Organisation Essential Drug Concept – Three Years Afterwards, Manuskript 1980
8.) Unctad (Nepal) 1980, Technology policies in the pharmaceuticals sector in Nepal
9.) nach: Transparenz-Telegramm 1979/80 (A. T. I.-Verlag, Berlin 1979, S. 348
10.) Unctad (Nepal) 1980, a.a.O.
11.) Agarwal 1978, a.a.O., S. 32
12.) WHO (EB 63/19) 1978, Action programme on essential drugs, Executive Board, 1978, S. 37 f.
13.) WHO (TRS 641, 1979) a.a.O
14.) vgl. Togoni, Gianni (1980), Essential Drugs, Health Needs, Research in Clinical Pharmacology, Prospects and Problems two Years after Publication of the WHO Technical Report 615, in: Laporte/Salva (Ed).; Advances in Therapeutica, Vol. II (in press, Barcelona 1980)
15.) Konferenz von 1976 in Colombo, Jankowitsch/Sauvant (1978) The Third World without superpowers – the collected documents of the Non Aligned Countries, Vol. I – IV, New York 1978, S. 898 f.
16.) Djukanovic/Mach (1975), Alternative Approaches to meeting basic health needs in developing countries, a joint UNICEF/WHO Study, (Ed.), WHO, Geneva 1975
17.) WHO/Unicef (1978), Primary Health Care, Alma-Ata 1978, WHO 1978 S. 3
18.) Also auch hier ist der „Basis"-Begriff mehr vernebelnd als klar. Es sollten die Begriffe auch auf Deutsch endlich klar und vereinheitlicht gefaßt werden: „elementare Gesundheitsversorgung" und „elementare Gesundheitsdienste" werden neuerdings auch von der UNICEF auf deutsch verwendet. vgl. UNICEF (1981) Bericht über die Tätigkeit von UNICEF 1980, Zürich 1981
19.) WHO (Chronc. 1979), Action Programme on essential drugs, in: WHO (1981) (A 34/5), Strategie, mondiale en vue de l'instauration de la sante pur tous d'ici l'an 2000, Geneve 1981
21.) WHO/UNDP (o.J.) Tropical dieseases, S. 1
22.) vgl. die in Kürze erscheinende ausführliche Untersuchung M. Bühler/1981
23.) WHO (1980a), The Primary Health Care Worker, Revised Edition, WHO, Geneva 1980[2]
24.) WHO (1980b), On Being in Charge, – A guide for middle-level Management in primary health care, WHO, Geneva 1980
25.) IFMPA (1978a), The selection of essential drugs, 10 april 1978, in: PMA (1978), S. 13
26.) PMA (1979), The Pharmaceutical Industry, International Issues and Answers, S. 5
27.) in: IFMPA (1978b), Ninth Assembly, 5-6 oct. 1978, Tokyo; Zürich 1978
28.) Heller, Tom (1977), Poor Healths, rich profits, multinational drug companies in the Third World, Nottingham 1977, S. 59
29.) WHO (eb 63/19, 1978 a.a.O.
30.) Tiefenbacher, Max (1980), Lambarence genügt nicht mehr, Pharma-Dialog 63, Bundesverband Pharmazeutische Industrie, Frankfurt a.M. 1980
31.) vgl. FN (21)
32.) Bundesverband Pharmazeutische Industrie (Frankfurt), Medikament und Meinung, Oktober 1980, S. 4
33.) WHO Chron. 1979, a.a.O., S. 205
34.) Bundesverband Pharmazeutische Industrie (Frankfurt), Pharma-Jahresbericht 1980/81, S. 57
35.) Ciba-Geigy (1981), Trikont-News, May 1981 (unveröffentlichtes Paper)
36.) WHO/UNICEF (Alma-Ata) 1978 a.a.O., S. 19
37.) Bundesverband Pharmazeutische Industrie (Frankfurt), Medikament und Meinung, April 1980, S. 4

Weitere Quelle:
Silverman, M.: Lee, P. (1974), Pill, Profit, Politics, Berkley 1974, University of Berkley Press.

Soll man Medikamente aus der Dritten Welt verbannen?

Kritische Mediziner sind sich heute darin einig, daß die Lebenserwartung als ein Maßstab für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Europa durch den Einsatz von Arzneimitteln nicht entscheidend erhöht wurde. Es stellt sich folglich die Frage, ob dies auch für die Dritte Welt gilt, oder genauer: geben die armen Länder zuviel Geld aus für letztlich unwirksame Medikamente; Geld, das dann bei der ursächlichen Krankheitsbekämpfung (Ernährung, Trinkwasser, Hygiene) fehlt?
Die übrigen Artikel in diesem Heft scheinen manchml den Eindruck zu vermitteln, daß dies häufig der Fall ist. Es wäre meines Erachtens nach jedoch absolut falsch, daraus den globalen Schluß zu ziehen, daß alle Arzneimittel aus der Dritten Welt verbannt werden sollten. Dies soll anschließend kurz begründet werden.
Die meisten Leser dieses Artikels haben in ihrem Leben schon einmal mehr oder schwere Lungenentzündunen durchgemacht und wurden daraufhin mit einem Antibiotikum behandelt. Niemand wird ernsthaft behaupten wollen, er habe die dadurch verkürzte Krankheitsdauer beziehungsweise vermiedenen Komplikationen nicht zu schätzen gewußt.
Die besondere Problematik der Arzneimittel in Entwicklungsländern soll folgendes Beispiel aufzeigen: Malaria ist eine der wichtigsten Krankheiten in der Dritten Welt. Der in den menschlichen Körper gelangte Erreger kann mit Cloroquin oder neueren Malariamitteln durchaus wirksam bekämpft werden. Die Fieberanfälle des Erkrankten hören auf, er fühlt sich besser und kann wieder seiner Arbeit nachgehen. Auch wenn alle Gefährdeten und Erkrankten damit behandelt würden, ist die ursächliche Bekämpfung der Malaria mit diesen Mitteln jedoch nicht möglich, weil der Erreger in den ihn übertragenden Stechmücken weiterlebt. — Was heißt das? Es gibt nicht die Wirksamkeit der Arzneimittel schlechthin, sonden die Entscheidung über Wirksamkeit und Sinnfälligkeit jedes einzelnen Wirkstoffes muß, auf das jeweilige medizinische Problem bezogen, getroffen werden. Kreislaufmittel, die in Industriestaaten ihre Berechtigung haben, müssen deshalb nicht automatisch auch notwendige Arzneimittel für die Dritte Welt sein. Wenn allerdings gegen eine im betreffenden Entwicklungsland verbreitete Krankheit ein wirksames Arzneimittel vorhanden ist, dann sollte es auch eingesetzt werden, selbst wenn die eigentliche Krankheitsursache damit nicht bekämpft werden kann. Arzneimittel, die subjektive Beschwerden (Schmerzen) lindern oder lebenslange Behinderung oder den Tod als Folgen einer Krankheit abwenden können, haben selbstverständlich ihre Berechtigung auch in Entwicklungsländern, wenn sie den dort vorherrschenden Krankheiten entsprechen. Die Vorenthaltung dieser Arzneimittel mit dem Einwand zu rechtfertigen, für das eingesparte Geld würden vorbeugende Maßnahmen bezahlt, die künftigen Generationen ähnliches Leid ersparen würden, hieße, dem Großteil der Menschen in der Dritten Welt *heute* das Recht auf Leben und Gesundheit abzusprechen.

Es ist auf der anderen Seite richtig, daß gerade in den armen Ländern viele Krankheiten nicht durch fehlende Medikamente, sondern durch schlechte Ernährung, unsauberes Trinkwasser und mangelnde Hygiene verursacht werden. Unter diesen Umständen kommt es folglich darauf an, eindeutig zu definieren, welche Medikamente in welcher Menge und unter welchen Umständen für ein bestimmtes Land sinnvoll sind.

1. Welche Arzneimittel?

Folgende vier Kriterien für die Auswahl medizinisch und wirtschaftlich sinnvoller Medikamente hat die Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagen:

- Wie häufig ist die Krankheit, für die das Mittel verwendet werden soll?
- Wie schwer ist diese Krankheit?
- Wie wirksam ist das Mittel?
- Wieviel kostet es?

Hier muß klargestellt werden, daß mit Arzneimitteln nicht nur die „modernen Medikamente" gemeint sind, sondern die lokalen Traditionellen Heilmittel.

2. Welche Arzneimittelmengen?

Zuverlässige Angaben über die für eine wirksame Behandlung erforderliche Menge eines Medikaments sind allgemein zugänglich. Unter Berücksichtigung der Erkrankungshäufigkeit im jeweiligen Land läßt sich daraus die benötigte Gesamtmenge der als unentbehrlich eingestuften Pharmaka bestimmen. Indem nur der tatsächliche Bedarf eingekauft wird, können unnötige Lagerkosten sowie Verluste durch den Verderb von Übervorräten vermieden werden.

3. Arzneitherapie und dann?

Wo immer eine Gesundheitsstrategie nur die ausreichende Versorgung mit wirksamen Medikamenten zum Ziel hat, wird nicht mehr Gesundheit erreicht, sondern günstigstenfalls eine bessere Behandlung der Krankheit. Damit ist aber der Teufelskreis von *Armut — schlechte Ernährung, schmutziges Trinkwasser, mangelnde Hygiene — Krankheit — Armut* nicht zu durchbrechen. Jegliche Maßnahme zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung muß deshalb, um langfristig wirksam und sinnvoll zu sein, von einer globalen Strategie begleitet werden, die die Beseitigung der Armut zum Ziel hat. Ohne die grundlegende Umverteilung des Reichtums in der jeweiligen Gesellschaft — das heißt in der Dritten Welt im allgemeinen eine Umverteilung des Bodenbesitzes, zum Beispiel durch eine Agrarreform — wird dieses Ziel kaum zu erreichen sein. Wo eine Familie die wichtigsten Feldfrüchte auf ihrem eigenen Ackerland anbauen kann, werden Nahrungsmittel-Importe überflüssig. Die eingesparten Finanzmittel können in den Bau und in die Säuberung von Brunnen beziehungsweise von Wasserleitungen investiert werden; und wo es sauberes Wasser gibt, kann mit einer Hygieneerziehung begonnen werden. Erst in diesem Zusammenhang werden wirksame Arzneimittel die Rolle spielen können, die ihnen angemessen ist: einer von mehrern Beiträgen zu Schutz, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit.

Unter diesen Aspekten sind die Krankheit und ihre Bekämpfung in der Dritten Welt allerdings weniger ein medizinisches als vielmehr ein politisches Problem.

Eberhard Scholz

Menschliches Blut als Ware auf dem Pharma-Markt

Die Freiheit des Menschen läßt sich unter anderem daran messen, in welchem Maß er über seinen Körper bestimmen kann. Geschichtliche Beispiele für die leibliche Unfreiheit sind Sklaverei oder das „jus primae noctis", das dem Feudalherrn das Recht gab, seine Untertanen weiblichen Geschlechts zu entjungfern. Ist es ein Fortschritt, wenn wir uns heute stückchenweise verkaufen können?
Etwa als Anbieter der Ware „Arbeitskraft", als Prostituierte der Ware „Sexualität" oder als „Rohstoffquelle" für die pharmazeutische Industrie. Die Horrorvisionen des Filmes Flesh sind längst Wirklichkeit geworden, wenn man den Agenturberichten glauben kann, nach denen in den Elendsquartieren von Rio de Janeiro Arme ihre Nieren und Hornhäute per Zeitungsinserat zum Verkauf anbieten. Wer nicht vom Erlös seiner Arbeit leben kann, verkauft einen Teil seines Körpers. Bei unserem Organ „Blut" ist diese Vermarktung schon weit fortgeschritten, obwohl gemeinhin Blutspenden mit Begriffen wie Freiwilligkeit, Helfenwollen und Altruismus assoziiert wird. Um Mißverständnissen von Anfang an vorzubeugen: Wir reden von kommerziellen Blut- und Plasmaspenden und nicht vom freiwilligen Spenden beim Roten Kreuz, das wir hier explizit ausnehmen wollen.

Von den Blutgruppen ABO zur Blutkomponententherapie

Die Geschichte von Bluttransfusion in größerem Maßstab beginnt mit der Entdeckung der Blutgruppen ABO durch Landsteiner im Jahre 1901. Für etwa 60 bis 70 Jahre war dann Transfusion immer die Transfusion von Vollblut. Der ständig steigende Bedarf, vor allem durch die sich entwickelnde Intensivmedizin und die moderne Chirurgie – z. B. wurden für die ersten Operationen am offenen Herzen bis zu 60 Einheiten Vollblut verbraucht –, die statistisch ungleiche Verteilung verschiedener Blutgruppen und die mit 21 Tagen begrenzte Lagerfähigkeit von Vollblut führte zu großen organisatorischen Schwierigkeiten bei den Blutbanken, zu Knappheit und Verschwendung.
Seit den 50er und 60er Jahren tritt in diesem Bereich die Pharmaindustrie aktiver auf den Plan. Die ihr eigenen Geschäftsinteressen führten im Wechselspiel mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu, daß wir heute über differenzierte Einsatzmöglichkeiten verschiedener Blutbestandteile verfügen: die sogenannte Therapie mit Blutkomponenten, d. h. je nach Indikation werden nur noch Blutkörperchen oder Plasmabestandteile verabreicht. Dies ist ganz zweifelsohne ein medizinischer Fortschritt, der mit dem knappen rohstoff ökonomischer umgeht und völlig neue Therapiemöglichkeiten eröffnet. Die der Pharmaindustrie eigene Dynamik führte aber ebenfalls dazu, daß menschliches Blutplasma zur Handelsware, ja zum Börsenspekulationsobjekt geworden ist.

Die Ausbreitung der Plasmapherese in die ganze Welt

Die Plasmapherese ist die „industrielle" Methode der Blutplasmagewinnung. Das Verfahren wurde zwischen den beiden Weltkriegen entdeckt. Es besteht, kurz gesagt, darin, einem Spender Blut zu entnehmen. In einer Zentrifuge werden dann die Blützellen vom Plasma (der Blutflüssigkeit) getrennt, die Blutkörperchen werden dem Spender zurückgegeben. Dieses Verfahren erlaubt, öfter zu spenden, da man nicht warten muß, bis die roten Blutkörperchen nachgebildet sind.
Zudem ist Plasma länger haltbar, kann tiefgefroren werden und so sehr lange aufbewahrt werden, und es kann gepoolt werden, d. h. bis zu 1.000 Spenden werden zusammengeschüttet. Heute wird Plasma in einem technologisch aufwendigen Prozeß in sogenannten „Plasmafraktionierungsanlagen" in seine Bestandteile zerlegt. Dieser Prozeß ist die Domäne der Pharmaindustrie. Blutplasma ist soz. als Rohstoff besser zum

Bedingungen für Spender	Art der Spende	Nutzung
nur selten möglich max. alle 8 – 12 Wochen Freiwillige Spender (seit 1905)	**Blut-Spende**	Vollblutkonserve
häufiger möglich, z.B. alle 14 Tage, in USA 2 x pro Woche. Hauptsächlich bezahlte Spender, häufig Arme (seit 1960)	**Plasma-Spende**	→ Blutzellen (Erythrocyten) → werden zurückgegeben → Blutplasma: wird zerlegt → Gerinnungsfaktor, Albumin, Globuline
Gefahren häufiger Impfung Bezahlte Spender, häufig Arme	**Impfung + Plasmaspende** (z.B. Wundstarrkrampf)	„Hyperimmunseren" d.h. hoher Anteil an spezifischen Antikörpern

Handelsobjekt geeignet als das diffizile Vollblut.

Die Plasmapherese wurde in größerem Maßstab zuerst an Freiwilligen (?) in den Gefängnissen und an Studenten in den USA angewendet. Nach und nach breitete sich dann ein Netz von Plasmapheresestationen über Mittelamerika nach Südamerika bis Afrika und Asien aus. Bald erschienen auch die ersten Artikel in der Presse über die Praktiken privater Blutbanken, unglaubliche Horrorstories, wie sie dem blutrünstigsten Bild-Reporter nicht schlimmer hätten einfallen können. Der Begriff des „Vampirismus" war geboren. Brasilien exportierte zeitweilig bis zu zwei Millionen Liter Plasma pro Jahr in die USA. (1) Dieses Plasma stammte aus den Elendsquartieren der großen Städte, meist von Unterernährten, Alkoholikern, Drogensüchtigen etc. Betroffen von diesen Praktiken waren fast alle Länder Lateinamerikas und viele andere Länder der Dritten Welt. Genaue Zahlen sind allerdings nur sehr schwer erhältlich.

Zwei gut dokumentierte geschichtliche Beispiele sind die Tätigkeit der Hemo-Caribbean Inc. in Haiti und die der Somoza-Blutbank in Nicaragua.
In Miami-Florida betreibt die Firma Biotest, Frankfurt, eine von der FDA (2) licenzierte Plasmafraktionierungsanlage.

Heutzutage haben die meisten Länder zumindest auf der Ebene der Legislative Schritte unternommen, um den Import und Export von Blut und Blutprodukten zu regeln. Es wird berichtet, daß Henry Kissinger in wohl richtiger Einschätzung der politischen Brisanz des Vampirismus-Problems als eine seiner letzten Amtshandlungen eine Note an die amerikanischen Botschaften verschickte, in der diese aufgefordert wurden, ein Auge auf die Tätigkeit der privaten Blutbanken zu richten.

Die Blutbank des Herrn Dr. Pedro Ramos, der schon die Somoza-Blutbank in Managua betrieb, arbeitet heute noch mit FDA-Lizenz in Belize (Honduras).

Die Firma „Plasmaferesis"

Die Firma Plasmaferesis wurde in Nicaragua unter dem Schutzmantel von Somoza von dem Exilkubaner Dr. Pedro Ramos und fünf Einheimischen mit amerikanischem Kapital gegründet. Als Geschäftsführer fungierten Dr. Ramos und zwei weitere Exilkubaner. Spender, fast ausschließlich Arme, häufig Unterernährte und Alkoholiker, wurden in der Regel zweimal wöchentlich zur Ader gelassen. Es erfolgte keine Aufklärung der Spender. Die Firma operierte fünf Jahre. Das Plasma wurde in die USA und nach Europa verkauft. (Nach verschiedenen Quellen 200.000 bis 300.000 Liter pro Jahr. Käufer waren bis auf wenige Ausnahmen sämtliche Pharmakonzerne, die Blut verarbeiten. Die Zeitung „La Prensa Managua" nennt diese Zahlen:

Jahr	Blutentnahmen	Spender	Plasmaexport in Litern
1973	155 218	–	96 224
1974	203 792	1 733	120 319
1975 (a)	60 435	4 206	37 470
1976	263 918	3 344	163 580
1977 (bis Sept.)	277 929	3 049	172 245

(a) Im Jahr 1975 soll es einen Einbruch im Weltmarktpreis für Plasma gegeben haben (La Prensa 24. Nov. 1977).

Verkauft wurde vor allem an die Bayer-Tochter Cutter.
Zur Veranschaulichung nehmen wir das Jahr 1974: Danach hat ein durchschnittlicher Spender im Verlauf dieses Jahres bei 117 Spenden jedesmal 600 ml Plasma, insgesamt 72 Liter „gespendet".
Anfang Januar 1978 veröffentlichte der Verleger Chamorro diese Praktiken in seiner Zeitung. Einen Tag später war er tot, ermordet von einer von Dr. Ramos für 30.000,– DM gekauften Killerbande aus der Geheimpolizei Somozas. Das war der zündende Funke zur Auslösung des Volksaufstandes gegen Somoza. Die Blutbank wurde niedergebrannt (Resonanz in unserer Öffentlichkeit s.u.)
Dr. Ramos floh nach Miami, der Drehscheibe des internationalen Bluthandels, wo er (Stand 1979) in der 27. Avenue weiter Exilkubaner zur Ader läßt.

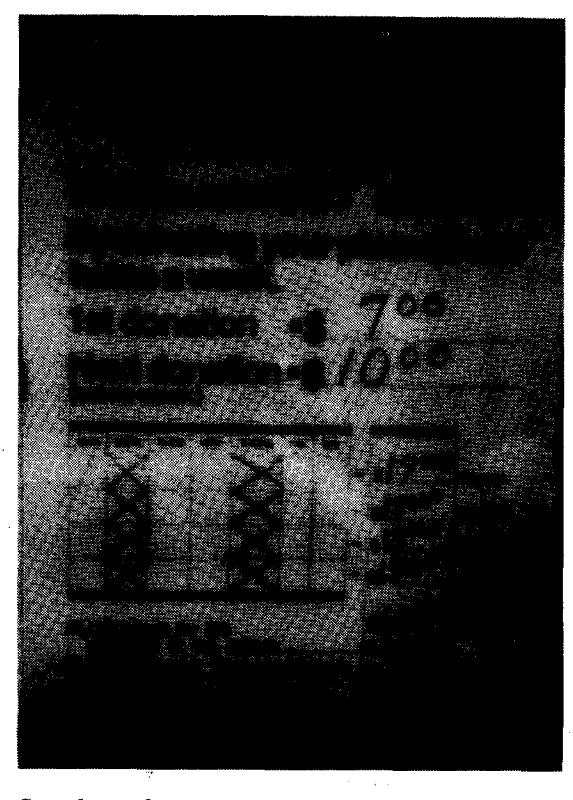
Hemo-Caribbean

Die Hemo-Caribbean wurde 1971 in Haiti unter „Papa-Doc" vom damaligen Verteigungs- und Innenminister Combronne, einem amerikanischen Bankier und einem Bluthändler namens Gorenstein gegründet. In kurzer Zeit organisierte sie den Export von Plasma in alle Teile der Welt, vor allem in die USA und nach Westeuropa. Z.B. 50 Tonnen jährlich nach Schweden oder für drei Millionen Dollar jährlich in die USA. Die durchweg armen Spender, viele Alkoholiker, standen zu Hunderten Schlange und wurden mit 6,– DM pro Spende bezahlt. Es wird auch berichtet, daß die Geheimpolizei die Leute zur „Spende" in die Blutbank trieb; es wird berichtet, daß einige Spender an dieser Prozedur starben und es wird weiter berichtet, daß Herr Combronne nochmals an den toten Opfern verdiente. In seiner Eigenschaft als Anteilseigner der Air Haiti soll er für den Transport der Leichen in die USA, wo sie zur Selektion an bestimmte Universitätskrankenhäuser verkauft wurden, bezahlt worden sein. Dies wird von Herrn Combronne bestritten.
Nach dem Tod von „Papa-Doc" schloß sein Sohn und Nachfolger „Baby-Doc" u.a. auf Druck der französischen Regierung diese Blutbank. Mister Combronne wurde entlassen und floh nach Miami, der Drehscheibe des internationalen Bluthandels, wo er heute noch leben soll. Die Betreiber der Hemo-Caribbean forderten den amerikanischen Kongress, die Weltbank und die Inter-American-Bank auf, die finanzielle Hilfe für das Land so lange auszusetzen, bis der Blutstrom wieder flösse.
Die Hemo-Caribbean tauchte bald darauf, auch unter verschiedenen anderen Namen, in anderen Entwicklungsländern auf.

Quellen:
Bloody Business, Sveriges Riksradio AB 1979
Hessischer Rundfunk 10.1.1979
WDR v. 12.9.1979
Bettina Connor, Welthandel mit Blut, Technologie u. Politik Band 6 RoRo Aktuell
Archiv der Zeitung La Prensa, Managua, Nicaragua

Der größte Teil des heute auf dem Weltmarkt umgesetzten Plasmas dürfte allerdings aus den USA kommen, wo die gesetzlichen Regelungen eine jährliche Spende von 50 – 60 Liter Plasma erlauben. (Dem entspricht in etwa eine Spende von jeweils 500 ml zwei Mal pro Woche.) In Frankreich dagegen sind nur 10 Liter pro Jahr erlaubt. (In etwa 500 ml alle zwei bis drei Wochen.) Die Grundlage für die sehr verschiedenen Regelungen sind mögliche Langzeitgefahren für Spender, die auch unter Wissenschaftlern je nach Standpunkt sehr kontrovers diskutiert werden.
Prinzipiell läßt sich der gegenwärtige Blutmarkt in zwei große Bereiche teilen. (3)
Der erste ist der Bereich der roten Blutkörperchen und wird gemeinhin mit Blut gleichgesetzt. Er ist der non-profit-Bereich der freiwilligen Blutspender, organisiert vom Roten Kreuz und zum geringen Teil der Bereich von bezahlten Spendern bei kommunalen und universitätseigenen Blutbanken. (4)
Unser Hauptaugenmerk gilt dem zweiten Bereich, dem Sektor der sogenannten Haemoderivate, d. h. der Produkte, die aus Plasma gewonnen werden. In den USA werden nach Angaben der Pharmaindustrie 70 – 80 % des Plasmas durch kommerzielle Plasmaphereseprogramme aufgebracht. In der BRD liegen auf diesem Sektor die Pharmaindustrie und das Rote Kreuz in einem heftigen Wettstreit, wobei die Pharmaindustrie eindeutig dominiert. Die jüngste Schlacht hat das DRK in diesem Jahr verloren, als ihm auf Betreiben der Pharmaindustrie für den Sektor Haemoderivate die Gemeinnützigkeit aberkannt wurde.

Im Dezember 1978 erschien im „San Francisco Chronicle" ein Artikel von Steve Rubenstein über „Pacific Biologics", eine Blutbank in San Francisco. Viele der 500 Kunden, die jede Woche in das ehemalige Möbelgeschäft kamen, waren Alkoholiker, die die 7 Dollar, die sie fürs Blutspenden bekommen hatten, gleich im nächsten Schnapsladen wieder ausgaben. Der Bluthändler verkauft das gespendete Plasma zu 20 Dollar je knappe halbe Liter an die Labors von „Cutter" in Berkeley. Um seinen Spenderkreis zu vergrößern, zahlt er seinen Stammkunden 3 Dollar für jeden neuen Kunden, den sie ihm bringen.
Übersetzung aus: AMERIKA April 28/1979



Spenderwerbung

Die Rohstoffquelle für diesen Markt sind hauptsächlich bezahlte, zum Teil professionelle Spender, die in der Dritten Welt und in den Dritte-Welt-Sektoren innerhalb der USA sich unter existentiellem Druck gezwungen sehen, ihr Blut zu verkaufen oder in der BRD und in den USA zu spenden (z. T. auch als Nebeneinnahmequelle).
Der Markt der BRD wird zum großen Teil durch Importeure aus den USA versorgt. Weitere Quellen sind nicht völlig klar und werden von den beteiligten Firmen nicht offengelegt. Beteiligte Firmen sind u.a.:

Behring AG (100%ige Hoechst-Tochter)
Asid-Bonz (100%ige Hoechst-Tochter)
Cutter-USA (100%ige Bayer-Tochter, Vertrieb in der BRD über Tropon)
Baxter-Travenol-Heyland (USA)
Immuno AG, Österreich
Biotest Frankfurt
Die Produkte, die aus dem Plasma gewonnen werden, gliedern sich in drei große Gruppen.
1. Die Albumine: Hauptindikationen sind Volumenverlust bei Verletzungen, Schockzuständen und schweren Verbrennungen.
2. Die Gerinnungsfaktoren. Sie werden gebraucht zur Versorgung von Blutern, aber auch bei großen Operationen, schweren und langdauernden Schockzuständen.
3. Die Gamma-Globuline: Zur Vorbeugung von Hepatitis A, zur Behandlung schwerster bakterieller und viraler Infektionen. Spezielle, angereicherte Gamma-Globulinkonzentrate (sog. Hyperimmunseren) sind wichtig zur Behandlung von Müttern bei Rhesus-Unverträglichkeit. Aber auch gegen bestimmte Infektionskrankheiten werden Hyperimmunseren produziert, so z. B. gegen Tetanus, Röteln, Hepatitis B etc.

Nach einer Studie der IFPMA (5) (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Assciations) stellt sich die weltweite Nachfrage nach Plasmaprodukten so dar:

Weltweite Nachfrage nach Plasmaderivaten, nach Produkten gegliedert 1978 (Geldwert)

Produkt	Anteil
Albumin /PPF	41 %
Intravenöses Gammaglobulin	23 %
Hyperimmun-Gammaglobuline	14 %
Faktor VIII-Konzentrat	13 %
Immunserum-Globulin	8 %
Sonstige	1 %
Summe	100 %

Weltweite Nachfrage nach Plasmaderivaten, geographische Verteilung, 1978 (Geldwert)

Region	Anteil
Westeuropa*)	41 %
Zentraler / Südlicher Pazifik	29 %
Nordamerika	25 %
Lateinamerika (incl. Mexiko)	4 %
Naher Osten	1 %
Summe	100 %

8) das ist vor allem die BRD (Anm. des Verfassers)

Sieht man sich die Arzneimittelliste beispielsweise eines mittleren Krankenhauses in Süddeutschland an, begegnet man einer Reihe von 20 – 30 Präparaten, die aus menschlichem Blut gewonnen werden. Sie machen oft ein Viertel bis ein Drittel der gesamten Arzneimittelkosten eines Krankenhauses aus.
Als was erscheinen uns die so vermarkteten Blutprodukte bei der alltäglichen Arbeit im Krankenhaus, als normale Medikamente wie Aspirin oder Antibiotika, nur sehr, sehr teuer! Der Ursprung geht verloren. Der Autor selbst erinnert sich, bei völlig unsinnigen Indikationen wiederholt Humanalbumin eingesetzt zu haben, aus therapeutischer Hilflosigkeit, mit dem Wunsch, wenigstens etwas zu tun.
Einige Zahlen zum Verbrauch von Haemoderivaten in der BRD im internationalen Vergleich aus oben zitierter IFPMA-Studie.
Nach Meldungen aus dem „Spiegel" (23/1981) und der „Zeit" (44/23.2.1981) verbraucht das Hämophiliezentrum der Universitätsklinik Bonn allein halb soviel Faktor VIII-Einheiten wie alle amerikanischen Bluterzentren zusammen. Dies ist darauf zurückzuführen, daß der behandelnde Professor Egli etwa viermal so hoch dosiert wie seine Kollegen in den USA. Die Zahl der Bluter in den USA ist in etwa drei- bis viermal so hoch wie in der BRD. (6).
In beiden Artikeln werden auch die äußerst dubiosen Geschäftspraktiken dieses Instituts sowie von Blutspekulanten aufgezeigt, die sich an den enormen Preisunterschieden für F. VIII gesund stoßen. F VIII kostet in der BRD pro Einheit zwischen 0,80 – 1,00 DM, in Australien z.B. 8 Pfennig; das DRK bietet die Einheit für 80 Pf. an.
Dieser überhöhte Verbrauch wird unter Medizinern vornehmlich als Kostenproblem diskutiert.

Zitat Arzneimittelbrief Nr. 7, Juli 1981

Zum Schluß noch einige Worte zum Kostenproblem. Nicht die wenigen gezielten Anwendungen von Standard-Immunglobulin und Hyperimmungammaglobulin sind ein finanzielles Problem. Die Frage nach den Kosten und der Haushaltsbelastung stellt sich erst in Verbindung mit den vielen unklaren Indikationen und den aus Unsicherheit und Unkenntnis erwachsenden globalen Anwendungen von Gammaglobulinen. So lagen die Ausgaben für Gammaglobulinpräparate in einem deutschen Großklinikum 1979/80 hinter den Ausgaben für Albumin und Antibiotika an 3. Stelle. Vor 1968, als die hohen Kosten für moderne Antibiotika noch nicht ins Gewicht fielen, lagen die Gammaglobulinpräparate sogar an 2. Stelle in der Ausgabenstatistik. Der Unkostenanteil für Gammaglobulinpräparate am Gesamtverbrauch lag konstant zwischen 4,7 und 8 %. Klammert man Kliniken, die nahezu keine oder selten Standard- oder Hyperimmungammaglobulin brauchen, aus, errechnet sich für die übrigen Kliniken ein Ausgabenanteil für Gammaglobulinpräparate von 10 bis 18 % des Gesamtarzneimittelverbrauchs. Einzelne Kliniken und Stationen liegen sogar bei 30 % des Gesamtarzneimittelverbrauchs. Wenn man bedenkt, daß diese Ausgaben fast ausschließlich zu Lasten unklarer Indikationen und globaler Anwendungen auf Intensivstationen gehen, haben wir gute Gründe, uns dieser Problematik anzunehmen.

Gehen wir von der Überlegung aus, daß das System der medizinischen Versorgung in den USA, in Holland und im übrigen Europa nicht wesentlich schlechter ist als unseres, so ist der Schluß gerechtfertigt, daß dieser einsam, mit weitem Abstand an der Spitze liegende Verbrauch in der BRD sicherlich nicht allein auf medizinisch-therapeutische Notwendigkeiten zurückzuführen ist.

Was bewirkt bezahltes Spenden?

Kehren wir zum Ausgangspunkt der kurzen Untersuchung des Blutmarktes zurück, der prinzipiellen Zweiteilung in Blutkörperchen und Plasmaderivate, der auf der Seite der Spender das freiwillige und das kommerzielle Spendesystem in grober Annäherung entsprechen.
Verschiedene Rotkreuz-Gesellschaften behaupten, sie könnten allein auf der Basis von freiwilligen Spenden auch den Bedarf an Plasmaderivaten decken. In der Tat gelingt dies weitgehend in Finnland, Holland und der Schweiz. In der BRD dagegen decken das Rote Kreuz und andere nicht-kommerzielle Organisationen nach Angaben der Industrie nur 9 % des Bedarfs an Plasmaderivaten. Wir können den Verbrauch nicht als gegebene abstrakte Größe ansehen, sondern müssen uns überlegen, ob nicht andere Faktoren eine Rolle spielen, wie Marketing-Strategien der Pharmaindustrie und Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte, gezielte Publikationsstrategien der Pharmaindustrie und Einflußnahme auf Inhalte klinischer Forschung.
Die Pharmaindustrie behauptet, nur sie sei in der Lage, diesen Bedarf an Plasmaderivaten zu decken. Eines ihrer wichtigsten Argumente dabei ist die Behauptung, sei allein könne menschliches Blut effizient beschaffen und verarbeiten. Effizienz und Kommerzialisierung laufen dabei weitgehend parallel. Dies führt, die ethische und moralische Fragwürdigkeit einmal beiseite gelassen, zu einer Reihe von Gefahrenmomenten für Spender und Empfänger.
1.) Der Effizienzgedanke impliziert die Herausbildung einer mehr oder minder professionellen Spenderpopulation, die möglichst oft möglichst viel zu spenden hat, um die Kosten pro Spender niedrig zu halten; d.h. mögliche Gefahren lang dauernder Plasmaphereseprogramme werden „übersehen" oder „widerlegt" und dem Spender nicht mitgeteilt.
2.) Der Effizienzgedanke impliziert, daß sich die Industrie dorthin bewegt, wo der Rohstoff am billigsten zu holen ist.

Einige Zahlen zum Verbrauch von Haemoderivaten in der BRD im internationalen Vergleich aus oben zitierter IFPMA-Studie:

Land	Albumin Verbrauch in kg. pro Mill. Einw. + Jahr	Fakt. VIII Verbr. in Units F. VIII pro theoret. Haemoph + Jahr	Tetanus Immunglob. Verbr. in Einh. pro Mill. Einw. + Jahr
BRD	555 kg	30.300 U	8.650.000 E
Holland	96 kg	36.000 U	–
U.K.	45 kg	15.360 U	143.000 E
USA	296 kg	26.000 U	1.305.000 E
Schweiz	485 kg	11.400 U	714.000 E

So erhält z.B. ein Spender in der BRD ca. 40 bis 50 DM pro Liter Plasma, in der Dritten Welt dagegen bekommt der Spender nur etwa 2 US-Dollar. (Der Weltmarktpreis für „Fresh-Frozen Plasma" liegt im Augenblick bei 50 bis 60 US-Dollar pro Liter.) (6)

3.) Eine Möglichkeit der Effizienzsteigerung ist die Produktion von Hyperimmunseren; das heißt, ein Spender wird geimpft, damit er spezielle Antikörper in hoher Konzentration bildet. Polemisch ausgedrückt, ist das der gleiche Vorgang, wie einem Kalb Östrogene zur besseren Kalbfleischerzeugung zu spritzen. Vor allem häufige Impfungen mit verschiedenen Impfstoffen können ein Gesundheitsrisiko für den Spender bedeuten und sind medizinisch unnötig.

Es gibt auch ein anderes, allerdings aufwendigeres Verfahren, Hyperimmunseren zu gewinnen, dabei werden die natürlichen Antikörper im Blut des einzelnen Spenders ermittelt und klassifiziert (Screening).



4.) Der Effiziengedanke beinhaltet, daß Spender, die bereit sind, Plasma zu spenden, die sich aber nicht impfen lassen, nicht zur Deckung des Inlandbedarfes herangezogen werden, da aus anderen Ländern billigeres Material importiert werden kann.

5.) Die Kommerzialisierung der Spendersysteme zieht ein Spenderpotential heran, das unter dem Druck ökonomischer Verhältnisse gezwungen ist, sein Blut zu verkaufen. Die Beispiele dafür sind Legion. Gerade für diese Spender – häufig unter- oder fehlernährt, häufig chronisch krank – sind die Gefahren langdauernder Plasmapherese gar nicht abzuschätzen. Die existierenden Untersuchungen über derartige Gefahren gehen zumeist von vollwertig ernährten, gesunden Spendern aus.



6.) Weiter bedeutet kommerzielles Spendersystem Zurückdrängung oder Behinderung freiwilliger Spenderprogramme, oder für Länder der Dritten Welt die Unmöglichkeit, ein freiwilliges Spenderprogramm auch nur aufzubauen.

7.) Blut- und Plasmaderivate aus kommerziellen Quellen bedeuten bis heute auch vermehrte Gefahren für den Empfänger dieser Produkte, vor allem ein erheblich höheres Risiko einer Hepatitisinfektion, da z. B. bezahlte Spender Krankheiten eher verschweigen, um nicht abgewiesen zu werden, oder häufig an einer nicht nachweisbaren Hepatitis leiden.

Hierzu noch ein kurzer Hinweis zur Struktur medinischen Denkens. Neben den Kosten sind es vor allem die Gefahren einer Übertragung von Hepatitis und anderen Infektionskrankheiten, die Mediziner beschäftigen, wobei wir davon ausgehen, daß diese Probleme als technische Probleme gelöst werden. Aus einer Reihe von Untersuchungen geht die eindeutig höhere Hepatitishäufigkeit von kommerzialisiertem Blut hervor. Man gewinnt den Eindruck, dieses Fakt interessiert nur medizinisch und der naheliegende Rückschluß auf die soziale Lage der entsprechenden Spender wird nur zu gerne übersehen.

Bluthandel und Dritte Welt

Der „Vampirismus", d. h. der Plasmafluß aus den Elendsvierteln der Dritten Welt über die Pharmaindustrie in die Operationssäle und Intensivstationen der Metropolen, ist ein zumindest bis 1978 nachweisbares Faktum. Die Pharmaindustrie behauptet, ihr Plasma heutzutage aus FDA-kontrollierten Blutbanken der USA zu beziehen. Nach ihren Angaben werden jährlich 1,2 Millionen Liter nach Westeuropa, d. h. hauptsächlich in die BRD exportiert.

Ein großer Teil dieser Blutbanken findet sich in den Slums oder in Gebieten mit starken Minoritätenanteilen, vornehmlich Schwarzen, Kubanern, Mexikanern, Puertorikanern. Private Blutbanken finden sich überproportional häufig an der mexikanischen Grenze, von wo berichtet wird, daß Mexikaner regelmäßig über die Grenze kommen, um ihr Blut zu verkaufen.

Fassen wir den Begriff der Dritten Welt weiter als nur rein geographisch, können wir mit vollem Recht sagen, daß weiterhin Blut aus der Dritten Welt exportiert wird.

Newsweek 29. Dez. 1980

„Blood across the border" Zitat

„Sara G. Villareal ist eine professionelle Spenderin. Mindestens einmal in der Woche geht sie über den Rio Grande von Mexiko nach El Paso, Texas.
Dann nimmt sie einen Bus zur „University Biologics Research GmbH" (privat, d. V.), wo Angestellte ihr einiges Blut abnehmen, die roten Blutkörperchen wieder in ihren Arm zurückspritzen.
Dafür erhält sie 10 Dollar. „Ich mache das nicht, weil es mir Spaß macht", sagt die arbeitslose Mexikanerin. „Wenn ich etwas zu essen habe, komme ich nicht hierher".
Sara war bisher 84 mal bei University Biologics. Sie ist eine von Tausenden armer Mexikaner, die sich der Prozedur der Plasmapherese unterziehen.
50 solcher kommerzieller Zentren sind kürzlich in Texas entstanden. Diese Zentren kaufen ihr Plasma für einen eigentlich lobenswerten Zweck, der Gewinnung von Blutprodukten.
Jedoch kürzlich wurden solche Zentren beschuldigt, ihre verarmten Spender auszubeuten.
Die Zentren in El Paso sind, wie die Präsidentin der Liga der Bürger lateinamerikanischer Herkunft sagt, *„nichts anderes als Grenzdraculas"*."

Als Nächstes bleibt abzuwarten, ob es als Folge der Reagan'schen Politik zur Verarmung weiterer Kreise in den USA, die bisher der Mittelschicht zugerechnet werden, kommen wird. Sie könnten sich dann ebenfalls unter Druck sehen, ihr Blut verkaufen zu müssen. Neuerdings wird von der Erschließung neuer kommerzialisierter Spenderpopulationen in der amerikanischen weißen Mittelschicht, z. B. unter Studenten, berichtet.
Ein großer Teil der Spender bei den Plasmapheresestationen, die in der BRD operieren, sind nach unseren Erfahrungen Lehrlinge und Studenten.
Auch heute noch findet in vielen Ländern der Dritten Welt der Verkauf von Blut und Plasma in großem Maßstab statt. Betroffen sind die meisten Länder Mittel- und Südamerikas, Südafrika, Lesotho, Zaire, Senegal, Indien – um nur einige zu nennen.
Wir können zur Zeit noch nicht den ganzen Nachweis führen, was mit dem so gewonnenen Blut und Plasma geschieht. Berichte von Leuten, die in den entsprechenden Ländern – speziell Indien, Kolumbien und Brasilien – Beobachtungen gemacht haben, sind sehr erwünscht. Schwarzmarkt, Schmuggel und illegaler Export finden sicherlich statt. Plasmapheresestationen stellen ein ziemlich sicheres Indiz für den Export von Plasma dar, da die wenigsten Länder über Fraktionierungsanlagen zur Weiterverarbeitung des Plasmas verfügen.
Sehen wir uns das Blut und das Plasma, das im Lande bleibt, näher an. Plasmafraktionierungsanlagen existieren in Brasilien (Hoechst) und Südafrika, wo z. B. schwarze Arbeiter gezwungen wurden, Blut zu „spenden", wenn sie nicht ihren Arbeitsplatz verlieren wollten. Die aus dem Plasma gewonnenen Produkte sind derart teuer, daß wohl kaum einer der „Spender" in der Lage sein dürfte, sie zu bezahlen; krankenversichert sind sie sowieso nicht. Derartige Medikamente kann sich nur eine kleine Schicht leisten.
Das gleiche gilt mit Einschränkungen für Vollblut.
Überspitzt formuliert führt der Export unserer differenzierten Therapien mit Blut und Blutkomponenten, der Export unserer technologischen Kapazitäten der Plasmafraktionierung unter den gegebenen politischen und sozialen Bedingungen dazu, daß eine Schicht Privilegierter und Reicher sich eine westliche Luxus-Medizin leistet, wofür dann die Armen im Lande „bluten" müssen.
Die Behinderungen, die das kommerzielle Spenden für den Aufbau eines freiwilligen Spendesystems darstellt, haben wir oben schon kurz erwähnt. Ein Spender, der einmal für sein Blut bezahlt wurde, ist nur äußerst schwer für das freiwillige Spenden zu motivieren. Im Norden Mexikos ist es schon zu Knappheit von Blut in Krankenhäusern gekommen, weil sehr viele, bisher freiwillige Spender zum bezahlten Spenden über die Grenze in die USA fahren. Über ähnliche Schwierigkeiten berichten Rote-Kreuz-Gesellschaften, die dabei sind, freiwillige Spendensysteme aufzubauen, z. B. in Kolumbien, Ecuador, Brasilien, Zaire.

Bluthandel und Dritte Welt

Reporter: Herr Dr. Gareis, kauft die brasilianische Hoechst Blut bei privaten Blutbanken?

Dr. Gareis: Wir kaufen bei privaten Blutbanken, weil wir keine andere Möglichkeit der Gewinnung von Blut haben.
Diese Blutbanken sind von uns unabhängig, sammeln, wo sie es bekommen können. Und wir sind auf diese Quellen angewiesen.

Reporter: Wissen Sie, wie dieses Blut beschafft wird, wer dort sein Blut verkauft?

Dr. Gareis: Wir wissen natürlich, wie das Blut beschafft wird. Sie müssen aber bitte davon ausgehen, daß wir auf diese Banken keinen Einfluß haben. Wo sich also die Banken ihr Blut beschaffen, ist nicht unsere Sache.

Reporter: Aber sind Ihnen nie Bedenken gekommen, daß dort Blut den Armen und Ärmsten, Unterernährten und Kranken abgezapft wird?

Dr. Gareis: Doch, natürlich.
Ich meine, ein Unternehmen wie das unsrige, daß seit vielen, vielen Jahren sich mit Blut beschäftigt, weiß natürlich um die emotionalen Hintergründe des Blutsammelns. Daß wir deswegen besonderen Wert auf die Sauberkeit und auf die Korrektheit einer solchen Blutsammlung legen, können Sie sich sicher vorstellen.
Die Blutspenden, die bei uns zum Beispiel eingehen, werden jede einzelne noch einmal auf irgendwelche Infektionen untersucht.

Reporter: Noch einmal die Frage:
Hatten Sie nie moralische Bedenken, dieses Blut zu kaufen?

Dr. Gareis: Ich sagte schon, diese Blutderivate sind lebenswichtige, lebenserhaltende Medikamente. Wenn man die in einem Markt wie Brasilien haben will, dann braucht man Blut und das kann man natürlich nur aus Brasilien selbst bekommen.

Reporter: Wieviel verdient die brasilianische Hoechst mit de aus Blut hergestellten Arzneimitteln?

Dr. Gareis: Ja, Sie werden sich wahrscheinlich wundern.
Wir haben in den letzten Jahren an dieser Produktion Geld verloren, und zwar in Millionenhöhe.
Wir wissen wirklich nicht, wie diese Situation weitergehen wird, denn ein ständiger Verlust kann sicher nicht in Kauf genommen werden.

Reporter: Warum produzieren Sie denn überhaupt, wenn Sie ständig Verluste machen?

Dr. Gareis: Ja, weil wir meinen, daß es eine ethische Verpflichtung darstellt, einem Land wie Brasilien Präparate dieser Art zur Verfügung zu stellen. Wir könnten natürlich morgen das Land verlassen, sind aber dann vor der wirklich moralischen Verantwortung ein Land ohne diese Lebenswichtigen Präparate zu lassen.

Interview mit Hans Georg Gareis, Leiter der Pharma-Hoechst AG, zitiert nach: Bericht Füllgraf/Richter In der Fernsehsendung Monitor vom 22. Juli 1981

Kurzer Exkurs über die bisherige Darstellung und Aufnahme dieser Thematik in der Öffentlichkeit

Am Anfang stand die Ignoranz. Wir erinnern uns noch sehr gut der Fernsehbilder von der brennenden Somozablutbank in Managua. Über die wahre Funktion dieser Institution wurde allerdings im Fernsehen seinerzeit nicht berichtet. Meine damalige Reaktion über diese Meldung war schon ein leichtes Erstauntsein darüber, wie man bei allem guten Willen gegenüber den Sandinisten wohl darauf kommen könne, eine segensreiche Einrichtung wie eine Blutbank niederzubrennen.
Es bestehen Ignoranz oder Unverschämtheit. So schreibt beispielsweise ein Vorstand der Blutzentrale Salzburg (Also jemand, der eigentlich genau Bescheid wissen sollte):

Es hat sich zwangsläufig eine Umarbeitung des Plasmas der Blutspendedienste bei der Industrie ergeben. Diese benötigte aber mehr von dem Rohstoff und beschaffte sich Plasma aus dem Ausland. Ein Vorteil war hier sicher der fallende Dollarkurs.
Unsicherheiten bringen aber die weiten Entfernungen, der Transport selbst, die kaum mögliche Einflußnahme auf die Qualität, die ebenfalls einer gesetzlichen Kontrolle unterzogen werden könnte wie das österreichische Produkt, und der allgemeine Trend gegen das „Geschäft mit dem Blut". Der letzte Zwischenfall ereignete sich in Nicaragua, wo aufgebrachte Eingeborene eine potente Plasmapheresestelle zerstörten. Auch unvorhergesehene Gesetze, die ein Ausfuhrverbot von Plasma aus einem Land in ein anderes in den Bereich der Möglichkeit stellen könnten, sind ein Unsicherheitsfaktor.



Ein Uberblick über die bisher in der BRD erschienenen Artikel, Radiosendungen und Fernsehbeiträge folgt bis auf Ausnahmen etwa folgendem Tenor: *„Ja, irgend etwas an diesem Geschäft mit dem Blut ist faul, ja, früher einmal, in der wilden Gründerzeit, da ging es wüst zu, aber das hat die pharmazeutische Industrie ja schnell bereinigt; die wahren Übeltäter sitzen wohl beim Roten Kreuz, weil sie keine Steuern zahlen, Blut von freiwilligen Spendern nehmen und es weiterverkaufen"* . Besonders SPIEGEL, STERN, Hessischer Rundfunk, aber auch TAZ.
Über der berechtigten Kritik an Mißständen beim Roten Kreuz gerät die Pharma-Industrie aus dem Blickfeld, die in diesem Bereich u. E. wesentlich verantwortungsloser vorgeht.

Dem entspricht auch die bisherige Erfahrung bei persönlichen Gesprächen mit kritischen Leuten und in öffentlichen Diskussionen. Der erste Einwand ist in der Regel: *„Ja, aber das Rote Kreuz ....“*

Unser Eindruck:
Die Public-Relations-Abteilung des DRK ist im Vergleich zu der des BPI (Bundesverband der pharmazeutischen Industrie) sehr schlecht bestückt.
Interessant ist auch in diesem Zusammenhang, daß in der Schweiz, die ihren Bedarf an Plasmaderivaten weitgehend aus freiwilligen Spenden im eigenen Land deckt, in großen Tageszeitungen und Illustrierten („Züricher Tagesanzeiger“ und „Schweizer Illustrierte“)und auch viel früher im Fernsehen, Berichte erscheinen, die sich sehr kritisch mit den Vermarktungstendenzen sowie gewissen Praktiken privater Blutbanken und Händler auseinandersetzen.



Unsere Schlußfolgerungen

Wir halten die oben skizzierte Vermarktung von menschlichem Blut für eine gefährliche und ethisch und moralisch äußerst fragwürdige Angelegenheit. Gefährlich vor allem für die bezahlten Spender, aber auch die Empfänger dieser Produkte. Bei den ethischen Problemen halten wir eine öffentliche Diskussion für nötig, die sich mit der Vermarktung von Teilen des menschlichen Körpers kritisch auseinandersetzt. Wir hegen die Befürchtung, daß der Kommerzialisierung des menschlichen Blutes in diesem Rahmen eine Schrittmacherfunktion zukommt, zumal im alltäglichen Gebrauch der Ursprung der Plasmaderivate nicht leicht zu erkennen ist.

Haben wir diese Vermarktung erst einmal akzeptiert *(„Ist doch gut, wenn die Pharmaindustrie mir mein Blut bezahlt, beide Seiten haben etwas davon“)*, ist u. E. der Schritt nicht mehr weit zu dem, was sich zur Zeit in Brasilien mit Nieren und Hornhäuten abspielt. In den USA und auch hier gibt es schon „Freaks“, die sich ihren Lebensunterhalt dadurch verdienen, daß sie sich als menschliche Versuchskaninchen zeitweise an medizinische Institute oder die pharmazeutische Industrie verkaufen. Allerdings wollen wir keineswegs bei dieser ethischen Frage stehenbleiben, sondern sehen lernen, welche handfesten Interessen (Profite, Karrieren von Forschern, aber auch Vorteile für uns alle als potentielle Patienten) hinter dieser Entwicklung stehen.
Ein Schritt hierzu scheint uns zuerst einmal zu sein, Öffentlichkeit zu schaffen über den Skandal, daß in den Elendsquartieren der Dritten Welt denen, die es sich am wenigsten leisten können, Blut und Plasma abgezapft wird. Des weiteren scheint es nötig, gegenüber der bei vielen Spezialisten sichtbaren Tendenz, vornehmlich Preise und Qualität der Plasmaderivate zu diskutieren – wir anerkennen sehr wohl die Bemühungen, diese Produkte hepatitissicher und billig zu machen –, die menschliche Würde sowie die Gefahren für professionelle Spender vermehrt mit ins Spiel zu bringen. Als drittes scheint es uns äußerst wichtig, die Vermarktungsbedingungen, die Arbeitsbedingungen der Pharmaindustrie sowie ihre Verschleierungsversuche transparent zu machen.
Wir hoffen, dieser Artikel setzt diese Diskussion in Gang.

Unsere Vorstellungen:

1.) Keine Vermarktung des menschlichen Körpers. Kein Handel mit Blut.
2.) Zurückdrängung des Einflusses der Pharmaindustrie aus diesem sensiblen Bereich. Von ihr haben wir noch niemals ethisch und moralisch verantwortungsvolles Handeln gesehen und erwarten es auch in Zukunft nicht, es sei denn, massiver öffentlicher Druck zwingt sie dazu.
3.) Jedes Land sollte im Bereich der Versorgung mit Blut und Hämoderivaten auf der Basis freiwilliger Spenden seinen eigenen Bedarf decken.
4.) Gegenseitiger Austausch von Blut und Plasma nur in Notfällen, Katastrophen etc. zwischen Non-Profit-Organisationen.
5.) Forcierte aktive Propagierung des freiwilligen Spendens.

Direkte Aktionsmöglichkeiten für Solidaritätsgruppen

1.) Eine gängie Praxis der Unterstützung von Befreiungsbewegungen stellt z. Zt. der Verkauf von Blut an die Pharmaindustrie dar.



Flugblatt einer Chile-Solidaritätsgruppe.

Wir sollten uns die Vorteile und Nachteile solcher Aktionen klar überlegen, auch wenn bestimmte Firmen mal eine Ladung Albumin umsonst nach Nicaragua liefern.
a) In welchem Rahmen spielt sich das Ganze ab? Erinnern wir uns an das famose Glückwunschtelegramm der Höchst Chile an Pinochet zum gelungenen Putsch? Höchst betreibt in Südamerika eine Plasmafraktionierungsanlage.

b) Wer macht den dicken Reibach bei dem Geschäft?
c) Auf welche Bewußtseinsstrukturen in unseren Köpfen treffen derartige Aktionen? Haben wir oben skizzierte Vermarktungstendenzen schon verinnerlicht?
d) Da wir das Blutspenden befürworten, wenn wir zudem mit einer Blutspendeaktion unsere tiefe Solidarität mit den Befreiungsbewegungen der Völker der Dritten Welt ausdrücken wollen, wäre es nicht zu überlegen, mit verschiedenen Rot-Kreuz-Gesellschaften einmal zu reden, ob sie eine Möglichkeit sehen, derartig gespendetes Blut z. B. kämpfenden Befreiungsbewegungen oder eben befreiten Ländern zukommen zu lassen.
e) Wenn es um den finanziellen Aspekt der Sache geht, kann man genauso gut den Lohn von zwei bis drei Arbeitsstunden spenden.

2.) Sammeln jeglicher Art von Informationen über Blutbanken und kommerzielle Spender in der Dritten Welt oder den USA. Vor allem die Existenz von Plasmapheresestationen in den Ländern der Dritten Welt ist ein ziemlich sicheres Indiz dafür, daß Plasma exportiert wird. Der BUKO hat dafür unten stehendes Flugblatt herausgebracht, das ihr in Bielefeld anfordern könnt. Es existieren auch eine englische, eine portugiesische und eine spanische Version. Bestellt sie euch und nehmt sie auf eueren Reisen mit oder schickt sie eueren Freunden und Bekannten, die in der Dritten Welt arbeiten.

3.) Genaues Beobachten der hier operierenden kommerziellen Blutbanken vor allem hinsichtlich Spenderpotential, Aufklärung der Spender über mögliche Langzeitgefahren, Spendevolumen und Spendefrequenz. Welche Impfungen wurden durchgeführt, wie werden Spender motiviert, sich „freiwillig" impfen zu lassen?

4.) Für Leute, die im medizinischen Bereich arbeiten: kritisches Hinterfragen der von der Pharmaindustrie gegebenen Indikationen für Plasmaderivate.

Therapiekritik

KLINISCHE ANWENDUNG VON GAMMAGLOBULINEN HÄUFIG ÜBERFLÜSSIG

Gammaglobuline werden nicht selten bei Infektionskrankheiten und bei verschiedenen fieberhaften Erkrankungen ohne klare Indikation eingesetzt. Auch die prophylaktische Gabe von Gammaglobulinen ohne sichere Indikation, wie beispielsweise präoperativ, postoperativ auf Intensivstationen und Dialyse-Stationen, ist kritikwürdig.
Der Erfolg der Gammaglobulin-Therapie bei Patienten ohne erkennbaren Immundefekt ist nicht gesichert.

MEYER zum BÜSCHENFELDE, K.-H.
referiert nach Krankenhauspharmazie 2(1981), 96

Wer von uns hat sich nicht schon vor einer Reise in die Dritte Welt seinen allumfassenden Schutz in Form von Gamma-Globulin spritzen lassen? Einzig sichere Indikation: Hepatitis A – und auch da nur kurze Zeit bei ausreichender Dosierung, die dann ziemlich weh tut. Außerdem: wer als Kind schon einmal „Gelbsucht" hatte, verfügt über eine relativ gute Imunität.
Beobachtung der Marketing-Strategien für Plasmaderivate. (Intensivstationen, Reha-Kliniken, wo Bluter versorgt werden). Wünschenswert: sich unten abgedruckten Fragebogen beim BUKO besorgen und von bekannten Ärzten und Gesundheitsarbeitern ausfüllen lassen und zurückschicken.

Letzte Meldung: Gegen die Anbieter von F.-VIII-Konzentra laufen zur Zeit Ermittlungen beim Kartellamt wegen des Verdachts der Preisabsprache (Heyland, Immuno, Behring (Hoechst), Cutter (Bayer)). Diese Woche hat der Marktführer Heyland den Preis seines Präparates von einem Tag auf den anderen um 25 % gesenkt. Man beachte die bisherige Gewinnspanne. Die anderen Anbieter werden folgen.

Josef Södlmayr

BUKO
PHARMA-KAMPAGNE

Geschäftsstelle:
Dritte Welt Haus
August-Bebel-Str.62
D-4800 Bielefeld 1
Telefon: 0521/60550

FRAGEBOGEN KOMMERZIELLE BLUTSPENDEN

Warum dieser Fragebogen?

In vielen Ländern der Dritten Welt stellt das kommerzielle Blutspenden ein großes Problem dar. Eine Unzahl von kleinen Blutlabors zapft vor allem armen und unterernährten Menschen Blutplasma ab, das sie großen Pharma-Firmen zur Weiterverarbeitung zu profitablen Medikamenten verkaufen. Die Spender sind dabei erheblichen Gefahren ausgesetzt, sie werden in der Regel nicht untersucht, ob ihr Ernährungs- und Gesundheitszustand eine Blutspende überhaupt zuläßt, der Abstand zwischen zwei Spenden ist oft zu kurz und die Bezahlung miserabel.

Das Verfahren mit dem Blut gewonnen wird heißt Plasmapherese, d.h. der rote Blutanteil wird dem Spender zurückgegeben und nur der weiße Anteil, das Blutplasma verwandt. Bei gesunden und wohlernährten Menschen erlaubt das eine Plasmaspende etwa alle zwei Wochen ohne Schaden für den Spender (eine Vollblutspende ist dagegen nur höchstens drei- bis viermal im Jahr möglich). Unterernährte oder kranke Menschen dürfen dagegen überhaupt nicht spenden, das Blutplasma enthält den Eiweißbestandteil des Blutes, der bei Unterernährten die an Eiweißmangel leiden nicht in ausreichendem Maß nachgebildet wird.

Ein weiteres Problem des kommerziellen Blutspendens ist, daß es nicht mehr genug freiwillige Spender gibt, die den notwendigen Bedarf an Vollblut (für Schwerverletzte, Operationen usw.) für das eigene Land decken.

- Wo gibt es Blutbanken, bei denen gegen Geld Blutplasma gespendet werden kann?
- Wer betreibt diese Blutbanken?
- An welche Firmen geht das Plasma?
- Wie werben diese Firmen für Plasma-/ Blutspenden? (möglichst Bildmaterial, Fotos von Plasmastationen, Spendern, Blutabnahme, Werbeplakate, Anzeigen in Zeitungen schicken)
- Unter welchen Bedingungen wird das Plasma gespendet?
  - Gibt es eine körperliche Untersuchung?
  - Wird das Blut untersucht?
  - Wieviel Blut/Plasma wird bei einer Spende entnommen?
  - Wie häufig wird Blut gespendet?
  - Welcher Personenkreis spendet Blut? (z. B. Unterernährte, Alkoholiker, Kinder)
  - Welche hygienischen Bedingungen herrschen vor?
- Wie ist die Bezahlung für das Blut/Plasma?
- Werden sonstige Versprechungen gemacht? (z. B. Arbeitsplatz)
- Welche (gesetzlichen) Bestimmungen regeln das Blutspenden?
- Wie werden die Krankenhäuser des Landes mit Blut- und Plasmakonserven versorgt?
- Aus welchen Quellen stammen die Informationen?

Tip: Informationen sind eventuell vom Roten Kreuz des betreffenden Landes zu bekommen.

Jeder Hinweis ist wichtig, auch die Beantwortung einzelner Fragen hilft uns weiter!

Anmerkungen:

1) Aussage von Frederico Faeron, Costa Rica, eines Vertreters der Panamerikanischen Organisation, zitiert in „Bloody Business".
2) FDA = US-Aufsichtsbehörde für Nahrungs- und Arzneimittel.
3) Die hier durchgeführte Reduktion auf zwei prinzipielle Systeme ist sicherlich etwas verkürzt, möglicherweise simplifizierend, aber für die BRD im Groben zutreffend. Weltweit existieren noch andere Spendesysteme. Des weiteren arbeiten Rotes Kreuz und Pharmaindustrie, die sich im folgenden als Konkurrenten gegenübertreten, sehr wohl zusammen.
4) Unter dem Namen Euroblut-Programm lieferte das Rote Kreuz allerdings – nach eigenen Angaben zum Selbstkostenpreis und vom Verfall bedrohte – Blutkonserven nach New York, wo ein chronischer Mangel an roten Blutkörperchen besteht, aufgrund der Prävalenz der kommerziellen Plasmaphereseprogramme. Diese u. E. an sich sinnvolle Praxis kam durch lancierte (?) Presseberichte in Mißkredit.
5) Quelle: A study of commercial and non-commercial plasma procurement and plasma fractionation. IFPMA, Zürich 1980
6) Es soll nicht verschwiegen werden, daß in Bonn auch sehr viele schwerkranke Bluter mit besonders hohem Bedarf an Faktor-VIII behandelt werden.
7) Es gibt gegenwärtig auch Tendenzen in der pharmazeutischen Industrie, dem Argument der „Qualität" den Vorrang zu geben; „sauberes" Plasma aus einer gesunden Spenderpopulation auch zu höheren Preisen zu beziehen – gegenüber der Möglichkeit, billiges Plasma aus „ungesicherten" Quellen zu beschaffen.
8) H. Baumann, Quantitative Aspekte der Bluttransfusion in Österreich.–

★ Die BUKO-Pharma-Kampagne ★

Der Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) ist ein lockerer Zusammenschluß von etwa 150 Dritte-Welt-Gruppen aus dem ganzen Bundesgebiet. Auf seinem jährlichen Treffen hat der Bundeskongress im Oktober 1980 die Vorbereitung einer Kampagne gegen die Praktiken der Pharma-Industrie in der Dritten Welt beschlossen.

Die Medikamentenexporte multinationaler Pharmakonzerne in die Dritte Welt, allen voran BRD-Chemieriesen wie Hoechst, Bayer, Schering u.a. als weltgrößte Exporteure, stellen eine ernste Bedrohung für die Gesundheitsversorgung in unterentwickelten Ländern dar. Durch ausgefeilte Werbestrategien ist es den Konzernen gelungen, ihre Produkte so zu verbreiten, daß Medikamente in vielen Ländern der Dritten Welt über 50 % des Gesundheitsetats „verschlucken" (BRD weniger als 20 %). Bedenkt man, daß über 3/4 aller dort vorkommenden Krankheiten sich langfristig nur durch Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung, sauberes Trinkwasser und Hygienemaßnahmen beseitigen lassen, wird das Ausmaß der Misere sichtbar.

Doch damit nicht genug, die Pharma-Multis scheuen sich nicht, ihre „Markenprodukte" zu oft horrenden Preisen zu verkaufen, Medikamente anzubieten, die wegen ihrer Gefährlichkeit in Industrieländern verboten sind, Nebenwirkungen zu verschweigen oder Indikationsgebiete unzulässig auszuweiten. Auch das Angebot einer Unzahl nutzloser oder überflüssiger Medikamente schränkt die Möglichkeiten zur Durchführung krankheitsverhindernder Maßnahmen weiter ein.

Eine Aktion gegen dies Geschäft mit der Krankheit ist längst überfällig. Der BUKO möchte mit der Pharma-Kampagne seinen Teil dazu beitragen.

Die Praktiken der Pharmakonzerne sind nur ein Beispiel für die Abhängigkeitsstrukturen, denen die Dritte Welt ausgesetzt ist. An ihrem Beispiel wird deutlich, wie sich die Macht multinationaler Konzerne gegen die Bevölkerung dieser Länder richtet. Deshalb meinen wir, daß sich alle Dritte-Welt-Gruppen an der Pharma-Kampagne beteiligen sollten. Denn der Kampf gegen diese Ausbeutungsstrukturen ist Teil der Arbeit aller entwicklungspolitischen Aktionsgruppen.

Eine Reihe von Gruppen hat sich zur Vorbereitung und Durchführung der Kampagne zusammengefunden. Materialien werden erstellt (wie dies vorliegende Heft), eine Diaserie, ein Film und eine Unterrichtseinheit. Auf regelmäßigen Projektgruppentreffen wird das weitere Vorgehen besprochen. Im Dritte-Welt-Haus Bielefeld wurde eine ständige Geschäftsstelle eingerichtet, die eine Kontaktaufnahme erleichtern und zur Koordination beitragen soll. Im „Forum", der Zeitschrift des BUKO, wird regelmäßig über die Kampagne berichtet, es werden aktuelle Beiträge zum Thema „Pharma-Multis und Dritte Welt" veröffentlicht.

Weil wir es für richtig halten, gegen multinationale Konzerne auch multinational vorzugehen, haben wir im Mai 1981 zusammen mit dem internationalen Verbraucherverband (IOCU),mit Basis- und Aktionsgruppen, Verbraucher- und Gesundheitsgruppen aus 14 Dritte-Welt- und 13 Industrieländern ein internationales Netzwerk, „Health Action International" (HAI), gegründet. Das Netzwerk soll einen weltweiten Informationsaustausch zwischen den beteiligten Gruppen und ein koordiniertes Vorgehen gegen die Praktiken der Pharma-Multis ermöglichen.

Die Kampagne ist bisher als Aufklärungsaktion konzipiert, ein Schwerpunkt soll auf dezentraler Informationsarbeit liegen. Deshalb hoffenwir, daß möglichst viele Gruppen unsere Materialien nutzen und sich an öffentlichen Aktionen beteiligen werden.

Viele Gründe sprechen dafür, daß Aktionen gegen die Praktiken der Pharma-Industrie nicht allein von Dritte-Welt-Gruppen durchgeführt werden sollten:

– die größten deutschen Pharmakonzerne sind meist Chemiemultis, die zugleich durch Umweltverschmutzung die Gesundheit der Menschen gefährden und schädigen;

– die Verhältnisse auf dem Medikamentenmarkt in Dritte Welt-Ländern sind nur ein krasses Abbild der Verhältnisse bei uns in der BRD;

– eine Kampagne gegen Pharma-Multis wirft die Frage nach dem Stellenwert von Medikamenten für die Gesundheitsversorgung und damit die Frage nach den sozialen Ursachen von Krankheit (Umweltverschmutzung, Arbeitsbedingungen usw) auf.

Wir meinen, daß der Kampf gegen die Praktiken der Pharma-Multis erfolgreich nur von einem möglichst breiten Bündnis von Dritte-Welt-Gruppen, Gesundheitsgruppen, Umweltgruppen, Gewerkschaften und Verbrauchergruppen geführt werden kann. Deshalb haben wir die Zusammenarbeit mit solchen Gruppen begonnen.

Gruppen oder Einzelpersonen, die Interesse an der Kampagne haben und/oder Informationen liefern wollen, können sich an die Geschäftsstelle der Pharma-Kampagne wenden:

Dritte - Welt - Haus
August - Bebel - Str. 62, D-4800 Bielefeld 1/BRD
Telefon: 0521 / 60 550

Jörg Schaaber

Anhang und Materialien

I. ARZNEIMITTEL UND DRITTE WELT

1. Einführende Literatur

– INFORMATIONSZENTRUM DRITTE WELT DORTMUND: Wem nützt die Pharmaindustrie, Teil 1 und 2, je ca. 40 Seiten und DM 1,50

Teil 1 (1977): Ergänzte und aktualisierte Übersetzung der englichen Studie ,Who needs the Drug Companies' von der Haslemere Group und War on Want. Themen sind Preise und Profite — unnütze Medikamente — Arzneimittelversuche — Patente — Werbung. Es gibt einen Überblick, ist aber auch schon etwas veraltet. (vergriffen)

Teil 2 (1980): Gesundheitliche Auswirkungen der Pharmaindustrie in der Ersten und Dritten Welt — Reduzierung der Arzneimittelpreise — eine Pharmapolitik für die Dritte Welt. Eine etwas knappe und kunterbunte Zusammenstellung von Artikeln.

Bezug: iz3w, Weissenburger Straße 23, 4600 Dortmund 1

– YUDKIN, J.: Wem nützt die Pharmaindustrie in der Dritten Welt, 1980, 4 Seiten, kostenlos

BUKO-Sonderdruck eines Vortrags vom Gesundheitstag 1980 in Berlin; knappe und verständliche Zusammenfassung der Hintergründe von Gesundheit und Krankheit in den Entwicklungsländern und der Bedeutung moderner Arzneimittel bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage.
Gut geeignet als Informationsmaterial bei Veranstaltungen

(Bezug: BUKO-Pharmakampagne, Dritte Welt Haus August-Bebel-Straße 62, 4800 Bielefeld)

– LENZ, R.; HAAG, F. (Hrsg): Befreiung zur Gesundheit Berlin (W), 1980, 250 Seiten, DM 12,50

Bd. 2 der Dokumentation zum Gesundheitstag 1980 mit Berichten über das Gesundheitswesen von Kolumbien, Tansania, China, Vietnam, Kuba, Nikaragua, Chile und der Kapverdischen Inseln. Weitere Themen: Pharmamultis und die Dritte Welt, personelle Entwicklungspolitik, Solidaritätsarbeit. Übersichtliche und gut zu lesende Aufsatzsammlung verschiedener Autoren. Empfehlenswerten Einstieg in die Problematik.

– MELROSE, D.: The great health robbery, Oxford 1981, 50 Seiten, £ 1.30

Eine für Entwicklungsländer exemplarische, klare Untersuchung des Gebrauchs von Babynahrung und Arzneimitteln und deren gesundheitlichen Folgen — am Beispiel des Yemen — mit Handlungsvorschlägen für die Dritte und die Erste Welt.

– HELLER, T.: Poor health, rich profits, Nottingham 1977, 76 Seiten, £ 1.25

Eine knappe und lesenswerte Beschreibung der multinationalen Pharmaindustrie in der Dritten Welt und ihrer Bedeutung für diese Länder, Strukturen, Arbeitsweise, ökonomische Perspektiven und schließlich die üblen Absatzmethoden dieser Branche in den armen Ländern sind weitere Themen.

2. Vertiefende Literatur

– AGARWAL, A.: Drugs and the Third World, London 1978, 70 Seiten, £ 2.00

Ein Earthscan-Pressedokument, das anhand einer Vielfalt von Daten und Fakten einen raschen Überblick erlaubt. Genaue Quellenangaben fehlen.

Bezug: siehe I.2.

– MOTHER JONES Reprint Service: The Corporate Crime of the Century, San Francisco 1979, 24 Seiten, $ 0,50

Zahlreiche Beispiele von US-Firmen, die Entwicklungsländer zum Müllhaufen ihrer gefährlichen Produkte (Pessare, Arzneimittel, Unkrautvertilger etc.) degradieren.

In Auszügen übersetzt in: Dr. med. Mabuse Nr. 15, S. 22 ff.

DOYAL, L.; PENNELL, I.: The Political Economy of Health, London 1979, 360 Seiten, £ 5.00

Eine Untersuchung über Gesundheit und Medizin in entwickelten und unterentwickelten Ländern; enthält hochinteressante Informationen über die gesundheitlichen Auswirkungen der europäischen Eroberung Ostafrikas, die Medizin als Instrument des Kolonialismus sowie eine kritische Darstellung der heutigen Gesundheitsprobleme von Dritte-Welt-Ländern. Ein derartiges Buch ist im deutschen Sprachraum bisher nicht zugänglich. Unbedingt zu empfehlen!

– HEHN, LANG, HANSEN: Mögliche Nebenwirkung Tod, Reinbek 1980. 125 S., DM 5.80

Ein Buch über die Schädigungen durch ein Arzneimittel — PRIGENTA (Metamizol u. a.) — in der BRD, und über das Verhalten der Herstellerfirma. Ein Beispiel für einen ,,ganz gewöhnlichen Arzneimittelskandal''.
Sehr zu empfehlen.

– LANGBEIN, MARTIN, WEISS, WERNER: Gesunde Geschäfte, Köln 1981. 290 S., DM 19,80

Interne Dokumentation über die Praktiken der Pharmaindustrie in Industrieländern, dargestellt an der Vertriebsstrategie der Bayer AG/Österreich, ihren Anstrengungen, Ärzte zu beeinflussen und Wissen geheimzuhalten.

II. Pharmakonzerne in der 1. und 3. Welt

– BÜHLER, M.: Geschäfte mit der Armut — Pharmakonzerne in der Dritten Welt (im Druck), ca. 160 S.

Die umfassendste und aktuellste deutschsprachige Dokumentation über Pharma-Multis (Schwerpunkt Schweiz und BRD) in Entwicklungsländern.
Die Krankheiten der Armut und Unterernährung — Nutzen der Medikamente — wie Multis Arzneimittel in der 3. Welt verkaufen — Die Größten der Pharmabranche — Welthandel mit Arzneimitteln — Die besonderen Geschäfte der Pharmakonzerne — Pharma Multis und Unterentwicklung — Der Widerstand der 3. Welt — Unentbehrliche Arzneimittel in der 1. Welt.

– FRIEDRICH; HEHN; ROSENBROCK: Neunmal teurer als Gold, Reinbek 1977. 470 S., DM 9,80

Die umfassendste kritische Dokumentation über den BRD-Pharmamarkt; das deutsche Pendant zu Pills, Profits & Politics. Nicht immer einfach zu lesen.

– SILVERMAN, L.: Pills, Profits and Politics, Berkeley 1974. 400 S., US $ 5.—

Eine spannend geschriebene Darstellung — mit ausführlicher Dokumentation — über Entdeckung, Herstellung, Auswirkung, Werbung, Preise, Verschreibung und Gebrauch — oder besser unlautere Werbung, falsche Verschreibung und Mißbrauch — von Arzneimitteln in den USA. Ein Klassiker zu diesem Thema.

– HANSSON, O.: Arzneimittel-Multis und der SMON-Skandal, Berlin (W)/Basel 1979. 170 S. DM 14,50

Die Hintergründe der durch MEXAFORM, ENTERO-VIOFORM, u. a. hervorgerufenen Arzneimittelkatastrophe, dargestellt von einem Gerichtsgutachter an den Geschäftspraktiken verschiedener Pharmakonzerne, deren ungebremstem Gewinnstreben Tausende zum Opfer fielen.
Sollte man gelesen haben.

(Bezug: A.T.I.-GmbH, Petzower Str.7, 1000 Berlin 39)

– Die Chemie- und Pharmamultis Ciba-Geigy, Roche und Sandoz, in Kinderkrankheiten No. 2, Basel (ohne Jahr). 150 S. — auch andere Themen —

Umfangreiche Materialien über die Basler Chemieindustrie — Ursprünge — IG Farben Basel — Gesundheisindustrie (u.a. Pharmaindustrie in der 3. Welt — der SMON-Skandal — LENOTAN) — Unterwanderung des UNO-Systems durch Multis — Konzerndaten — u. a. m.

(Berzug: Buchhandel oder Prolit Buchvertrieb Daubringerstr. 32, 6304 Lollar)

– YUDKIN,J.: The Provision of Medicines in a Developing Country, in the Lancet vom 15. 04. 78, S. 810 – 812

Ein älterer, aber sehr informativer und brillianter Artikel über das Werbe-Sündenregister der Pharmaindustrie und seine Folgen in einem Land der Dritten Welt (Tansania).

– MEDAWAR, Ch.: Insult or Injury, London 1979. 150 S., £ 1.50

Eine Untersuchung über die Vermarktung und Werbemethoden für zahlreiche britische Lebens- und Arzneimittel in der Dritten Welt mit einem ausführlichen Teil über Säuglings- und Kindernahrung. Gut zu lesen und empfehlenswert.

Bezug: Social Audit Ltd,. 9 Poland Street, GB - London W1V 3DG)

– UN — CTC: Transnational Corporations and the Pharmaceutical Industry, (St/CTC/9) New York 1979. 165 S., US $ 12,-

Die aktuellste, umfangreichste kritische Dokumentation über Pharmamultis in der Dritten Welt mit einer riesigen Fülle an Daten und Tabellen, an die man sonst kaum heran kommt. Geeignet für denjenigen, der sich intensiv mit dem Thema beschäftigen will.

4. Sonstiges

– IOCU: Forty-four problem drugs, Penang 1981. 85 S., DM 40,— (!)

Ein Aktions-Handbuch auch für Nichtfachleute, beschreibt in übersichtlicher Form die wichtigsten Risikoarzneimittel (Name, Anwendung) und vergleicht die von den Gesundheitsbehörden in Industrie- und Entwicklungsländern ergriffenen Maßnahmen. Unentbehrlich für die Aufdeckung und Veröffentlichung von disdriminierenden Marktpraktiken der Pharmamultis in der Dritten Welt. Leider zu teuer.

(Bezug: IOCU Regional Officd Asia & Pacific, P.O.Box 1045, Penang, Malaysia)

III. BLUTHANDEL

– BIEMANN, G.: Vampirismus — von dem Geschäft mit dem Blut der Armen, in „Terre des Hommes", 4/79. S. 19 – 23

Basisinformationen über den Bluthandel, bei dem die Armen in der Dritten Welt für wenig Geld ihr Blut und ihre Gesundheit verkaufen und einige Pharmamultis große Geschäfte machen.

Die Lektüre wird dringend empfohlen.

– CONNER, B.: Welthandel mit Blut, in 'Technologie und Politik' No. 6, Reinbek 1976

IV. AUDIOVISUELLE UND SONSTIGE MATERIALIEN

– Diaserie: Gesundheit und Dritte Welt — Wem nutzt die Pharmaindustrie ?

Mit ca. 60 Dias und einem Begleittext wird ein Einstieg gegeben in folgende Themen: Prokuktion, Welthandel, Werbung in Industrie- und Entwicklungsländern, Preise und Qualität der Produkte multinationaler Pharmahersteller — gesunheitlicher Nutzen der Arzneimittel — Gesundheitsfaktoren — die neue Pharmapolitik der Blockfreien Länder.

Auf Wunsch zusätzlich 10 Dias über ein Projekt, das Medico International auf den Kapverden unterstützt: lokale Arzneimittelherstellung in einem Entwicklungsland.

Verleih (gegen Unkosten): Medico International, Hanauer Landstr. 147 – 149, 6000 Frankfurt/M.1)

– Diaserie: Pharmapraktiken in der 3. Welt (Arbeitstitel)

Ca. 80 vertonte (Kasette) Dias incl. Kommentar und Begleitheft (40 Seiten) über Pharmamultis (Hoechst, Bayer, Roche, Ciba-Geigy) in Indien und Lateinamerika: Konzerndaten — Funktion als Arbeitgeber — Einfluß auf Politik und Gesellschaft — Werbung — Arzneimittelunsicherheit — Preise und Gewinne — gesundheitliche Situation der Entwicklungsländer — WHO-Politik.

Verleihbar ab Feb.'82. Interessenten wenden sich an iz3w, Weissenburger Str. 23, 4600 Dortmund

– Film: The Great Health Robbery (England) 1981
Dauer: 30 min. 16 mm, Farbe, Lichtton Preis:?
Der Film zum gleichnamigen Buch von D.Melrose (OXFAM). Zum Inhalt s. Besprechung unter einführende Literatur

Eignet sich sehr gut für Veranstaltungen, die ein fachlich nicht vorgebildetes Publikum mit der Problematik von Arzneimitteln und Babynahrung in der 3. Welt bekannt machen wollen.
Eine deutsche Fassung des Filmes wird vorbereitet. Interessenten wenden sich an: BUKO-Pharmakampagne, Dritte Welt Haus, August-Bebel-Str. 6, 4800 Bielefeld

– Film: Healthy Business (Holland) 1981
Dauer: 60 min., 16 mm, Farbe, Preis: DM 200,—
(liegt auch als Videokasette — u-matic — vor)

Ein beeindruckender Film über den schweizer Pharmamulti Ciba-Geigy auf den Philippinen. Erstaunlich freimütige Interviews mit dessen Vertretern und mit Ärzten gewähren bedrückende Einblicke in die von Gewinnsucht beherrschte Marketingstrategie dieses Pharmariesen und seine hilflosen Erklärungsversuche.
Eher für Wochenendseminare geeignet. Gute Englischkenntnisse und medizinische Basiskenntnisse sind von Vorteil.

Verleih: Belbo Films, 8 Burg van Hellenberg Hubarlaan, 1217 LK Hilversum, Holland

– Unterrichtseinheit: Gesundheit und Dritte Welt (in Vorbereitung) geeignet für Oberstufe (Gymnasium) und die Erwachsenenbildung

Behandelt den Zusammenhang von Lebensbedingungen und Krankheit sowie die Einflussnahme der Multis — am Beispiel der pharmazeutischen Indurstrie — in der Dritten Welt.
Stichworte: Vermarktung des menschlichen Körpers (Bluthandel) — Pharmageschäfte — BRD-Pharmakonzerne und Weltmarkt — mögliche Alternativen.

Interessenten wenden sich an: Projektgruppe Multis & Dritte Welt, Werkstatt 3, Nernstweg 32 – 34, 2000 Hamburg 50

Die »Aktion Selbstbesteuerung« e.V. wird 1982 ein »DRITTE-WELT-LIEDERBUCH herausgeben.
Unsere Bitte: Schickt uns Texte und Noten von Liedern, die Eurer Meinung nach geeignet sind. Also: Lieder **aus** der Dritten Welt (wenn's geht, mit Übersetzungen), aber auch Lieder, die **hier** entstanden sind (z. B. neue Texte zu bekannten Melodien).
Schreibt bitte - wenn dies möglich ist - nähere Angaben dazu: Aus welchem Anlaß sind die Lieder entstanden, wo und wann wurden sie geschrieben, wer sind die Autoren...
Jeder Einsender von Liedtexten, Anregungen, Hinweisen usw. erhält von uns unaufgefordert das neue »DRITTE-WELT-LIEDERBUCH« nach Fertigstellung **gratis** zugeschickt.
Einsendeschluß ist der Oktober 1981.
Im November und Dezember finden zwei Seminare statt. Hier werden die Lieder »erprobt«, ausgewählt und druckfertig gemacht.

Anfragen und Liedvorschläge an:

Andreas Schüler, c/o AKE Vlotho, Horstweg 11, Postfach 1109, 4973 VLOTHO (Tel.: 05733/6800)

MODELL-LISTE DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) DER UNENTBEHRLICHEN MEDIKAMENTE FÜR DIE ARZNEIMITTELVERSORGUNG IN ENTWICKLUNGSLÄNDERN

... mit den Änderungen des Expertengremiums von 1979/80[11]

Die hier mit einem Stern (*) gekennzeichneten Wirkstoffe sind nach Ansicht des Expertenkomitees der WHO unter Umständen entbehrlich. Sie sollten jedoch im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten des jeweiligen Landes als Alternativpräparate vorhanden sein (bei Resistenz der Erreger auf die als „unentbehrlich" klassifizierten Wirkstoffe, zur Behandlung seltener Erkrankungen oder wenn besondere pharmakokinetische Eigenschaften gefordert sind).

ANÄSTHETIKA

Allgemeine Anästhetika
Aether pro narcosi[2]
Halothan[2]
Distickstoffoxid[2]
Thiopental-Natrium[2]
Sauerstoff

Lokal-Anästhetika
Bupivacain[2/9]
Lidocain

ANALGETIKA, ANTIPYRETIKA, NICHTSTEROIDALE ANTIPHLOGISTIKA UND URIKOSURIKA

Azetylsalizylsäure
Allopurinol[6]
Ibuprofen[1]
Indometazin
Parazetamol
Probenezid
*Kolchizin[7]

ANALGETIKA, NARKOTIKA UND ANTAGONISTEN

Morphin
Naloxon
*Pethidin[1]

ANTIALLERGIKA

Antihistamine
Chlorphenamin[1]

ANTIDOTE, CHELATBILDNER u.a.

Atropin
Natrium-Kalziumedetat[2]
Aktivkohle
Desferoxamin
Dimercaprol[2] (BAL)
Ipecacuanha
Methylthioniumchlorid
Natriumnitrit
Natriumthiosulfat
Penicillamin
Pralidoxim

ANTIEPILEPTIKA

Diazepam z. Inj.
Ethosuximid
Phenobarbital
Phenytoin
Valproinsäure-Na
*Carbamazepin[10]

ANTIINFEKTIVA

Anthelmintika
Mebendazol
Niclosamid
Piperazin
Tiabendazol
*Bephenium[2]

Chemotherapeutika
*Ampicillin[1]
Benzathin-Benzylpenicillin[5]
Benzylpenicillin
Chloramphenicol[7]
Cloxacillin (penicillaseresistent)[1]
Erythromycin
Gentamicin
Nitrofurantoin
Phenoxymethylpenicillin
Salazosulfapyridin
Sulfadimidin[1]
Co-trimoxazol
Tetrazyklin[1/4]
* Amikacin[1/4/10]
* Doxycyclin[5/6]
* Procain-Benzylpenicillin[7]

Filariasis
Diäthylcarbamazin
Suramin

Lepra
Dapson
* Clofazimin[10]
* Rifampicin[10]

Protozoonosen

Amoebiasis
Metronidazol
* Diloxanid
* Emetin[7]
* Paromomycin

Malaria
Chlorochin
Primachin
Pyrimethamin
Chinin
* Sulfadoxin + Pyrimethamin[10]

Bilharziose
Hycanthon
Metrifonat
Natriumantimonyltartrat
Niridazol
Oxamnichin
* Stibocaptat[10]

Schlafkrankheit
Melarsoprol[5]
Nifurtimox
Pentamidin[5]
Suramin

Leishmaniose
Pentamidin
Natriumstiboglukonat

Tuberkulose
Ethambutol
Isoniazid
Rifampicin
Streptomycin
* Thioazetazon

Systemisch wirkende Antimykotika
Amphotericin B
Griseofulvin[8]
* Fluzytosin[1/8]

ATEMWEGE

Asthmamittel
Aminophyllin[1]
Adrenalin
Beclometasondipropionat, Inhalation
Cromoglizinsäure, Na-Salz
Salbutamol[1]
* Ephedrin

Hustenmittel
Kodein

AUGENMITTEL

Zur lokalen Anwendung

Antiinfektiva
Silbernitrat
Sulfazetamid
Chlortetrazyklin

Antiphlogistika
Hydrokortison[2/7]

Lokalanästhetika
Tetracain[1]

Miotika
Pilocarpin

Mydriatika
Adrenalin
Homatropin[1]

Zur innerlichen Anwendung
Azetazolamid

BLUT UND BLUTBILDUNG

Anämie
Cobalamin z. Inj.
Eisen-II-Salz[1]
Folsäure[2]
* Eisenzubereitung z. i.m. Injekt.

Antikoagulantien und Antagonisten
Heparin[2]
Phytomenadion
Protaminsulfat[2]
* Warfarin[1/2/6]

Plasma-Ersatz
Dextran 70
Plasmafraktionen zur spezifischen Anwendung (z.B. Albumin, antihämophiles Albumin)

DERMATOLOGIKA ZUR LOKALEN ANWENDUNG

Antiinfektiva
Chlortetrazyklin

Antimykotika
Benzoe- und Salizylsäure

Antiphlogistika
Betamethason[1/3]
Hydrokortison

Adstringentia
Aluminiumazetat
Fungizide
Miconazol[1]
Nystatin

Keratolytika
Salizylsäure
Steinkohlenteer

Krätze- und Läusemittel
Hexachlorzyklohexan
* Benzophenon

DESINFEKTIONSMITTEL FÜR DIE CHIRURGIE
Chlorhexidin
Jod

DIAGNOSTIKA
Edrophonium[2/8]
Tuberkulin, gereinigtes Proteinderivat (PPD)

Für die Ophthalmologie
Fluoreszein

Röntgenkontrastmittel
Adipiodon, Megluminsalz[1]
Bariumsulfat
Iopansäure
Meglumin amidotrizoat
Natrium amidotrizoat

DIURETIKA
Amilorid
Furosemid
Hydrochlorothiazid[1]
Mannitol
* Chlorthalidon[6]

HORMONE

Nebennierenhormone und synthetische Ersatzstoffe
Dexamethason (langwirkend)[1]
Hydrokortison
Prednisolon
* Fludrokortison

Androgene
Testosteronester z. Inj.

Östrogene
Äthinylöstradiol[1]

Insuline
Zink-Insulin-Verbindung (lente)[1]
Insulin z. Inj.

Orale Kontrazeptiva
Levonorgestrel + Äthinylöstradiol[1]
Norethisteron + Äthinylöstradiol[1]

Ovulationsauslöser
Clomiphen

Progestagene
Norethisteron

Schilddrüsenhormone und Antagonisten
L-Thyroxin
Kaliumjodid
Propylthiouracil[1]

KARDIOVASKULÄRES SYSTEM

Antianginöse Mittel
Glyzerintrinitrat (Nitroglyzerin)
Isosorbiddinitrat[1]
Propranolol[1]

Antiarrhythmika
Chinidin
Lidocain
Procainamid
Propranolol[1]

Antihypertensiva
Hydralazin
Hydrochlorothiazid[1]
Nitroprussid-Na (zur Notfallbehandlung)
Propranolol[1]
* Methyldopa[7]
* Reserpin

Herzglykoside
Digoxin[4]
* Digitoxin

Mittel zur Schockbehandlung
Adrenalin
Dopamin[2]
* Isoprenalin z. Inj.

LÖSUNGEN ZUM AUSGLEICH VON STÖRUNGEN DES WASSER-, ELEKTROLYT- UND SÄURE-BASEN-HAUSHALTS
Glukose (5% u. 50%)
Salzgemisch zur Herstellung einer Glukose-Salz-Trinklösung (Zusammensetzung siehe MAGEN-DARM-WIRKSAME MITTEL)
Kaliumchlorid (15%) z. Inj. und Trinklösung
Natriumbikarbonat (7,5%)
Natriumchlorid (0,9%) z. Inj.
Natriumlaktat z. Inj.
Wasser z. Inj.

LÖSUNG ZUR PERITONEALDIALYSE
Lösung (1,5% Glukose) zur intraperitonealen Dialyse

MAGEN-DARM-WIRKSAME MITTEL

Antazida
Aluminium- und/oder Magnesiumhydroxid
Kalziumkarbonat

Antiemetika
Promethazin[1]

Mittel gegen Hämorrhoiden
Lokalanästhetika, Adstringentia, Antiphlogistika[1]

Spasmolytika
Atropin[1]

Laxantien
Senna[1]

Mittel gegen Durchfall

Antidiarrhoika
Kodein

Flüssigkeitsersatz
Salzgemisch zur Herstellung einer Glukose-Salz-Trinklösung, für 1 Ltr Wasser:

		mmol/l
Natriumchlorid	3,5 g Na^+	90
Natriumbikarbonat	2,5 g HCO_3^-	30
Kaliumchlorid	1,5 g K^+	20
Glukose	20,0 g	111

MIGRÄNE
Ergotamin

MUSKELRELAXANTIEN (PERIPHERE) UND ANTAGONISTEN
Neostigmin
Suxamethonium[2]
Tubocurarin[1/2]
* Pyridostigmin[2/8]

PARKINSON
L-Dopa
Trihexyphenidyl[1]
* Levodopa + peripherer Decarboxylasehemmer[5/6]

PSYCHOPHARMAKA
Amitryptilin[1]
Chlorpromazin[1]
Diazepam[1]
Fluphenazin[1/5]
Haloperidol[1]
Lithiumkarbonat[2/4/7]

SEREN UND IMPFSTOFFE

Seren und Immunglobuline
Anti-D-Immunglobulin
Tollwut-Hyperimmunserum
Diphtherie-Antitoxin
Human-Immunglobulin, normales[2]
Schlangenserum
Tetanus-Antitoxin

Impfstoffe
BCG-Impfstoff
Diphtherie-Tetanus-Impfstoff
Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Impfstoff
Gelbfieber-Impfstoff,
Grippe-Impfstoff
Masern-Impfstoff
Meningokokken-Impfstoff
Pocken-Impfstoff
Polio-Impfstoff
Tollwut-Impfstoff
Tetanus-Impfstoff
Typhus-Impfstoff

VITAMINE UND MINERALIEN
Askorbinsäure (Vitamin C)
Kalziumglukonat[2]
Ergocalciferol (Vitamin D_2)
Retinol (Vitamin A)
Aneurin (Vitamin B_1)
Riboflavin (Vitamin B_2)
Nikotinamid
Pyridoxin (Vitamin B_6)
Natriumfluorid

WEHENANREGENDE MITTEL
Ergometrin[1]
Oxytocin

ZYTOSTATIKA
Azathioprin[2]
Bleomycin[2]
Busulfan[2]
Chlorambucil[2]
Cyclophosphamid[2]
Cytarbin[2]
Doxorubicin[2]
Fluorouracil[2]
Methotrexat[2]
Procarbazin[2]
Vincristin[2]
Kalziumfolinat[2] (als Antidot für Methotrexat im Notfall)

1 Nur als Beispiel für diese Wirkstoffgruppe aufgeführt: Suchen Sie das billigste, wirksame und am besten verträgliche Medikament aus.
2 Für die richtige Anwendung sind Fachkenntnisse, eine exakte Diagnostik und eine besondere Ausrüstung erforderlich.
3 Wirksamstes Präparat
4 Bei Niereninsuffizienz ist eine Dosisanpassung erforderlich.
5 Erleichtert Einhaltung der Dosierungsvorschrift des Arztes.
6 Verfügt über die besten pharmakokinetischen Eigenschaften in diesem Indikationsbereich.
7 Unverträglichkeiten verschlechtern das Nutzen-Risiko-Verhältnis.
8 Begrenzter Anwendungsbereich oder kleines Wirkungsspektrum.
9 Für die Epiduralanästhesie.
10 Für Erkrankungen oder Erreger, die auf die vorgenannten Wirkstoffe nicht ansprechen.
11 WHO Technical Report Series, Nr. 641, referiert nach SCRIP 382 (1979), 10 und SCRIP 460 (1980), 9.

aus: „transparenz-telegramm" 1980/81
Berlin (West) 1980

MALAYSIA

SARAWAK – Vom Langhaus zum Industriezeitalter

„Vor acht Jahren, als ich hierher versetzt wurde, war dieses Gebiet gerade als Landschaftsschutzgebiet ausgewiesen worden. Im Flachland haben wir nämlich keine großen Reserven an unberührtem Urwald mehr – aber sehen Sie sich erst einmal an, was hier heute los ist", erklärt uns der Leiter der Forstbehörde, während wir von der kleinen Distriktstadt Bintulu auf einer provisorischen Straße die 22 km nach Tanjung Kidurong an der Küste zurücklegen. Erst fahren wir an zwei Holzfällerlagern vorbei – die letzten Reste des „Landschaftsschutzgebietes" wurden gerade abgeholzt – dann sehen wir barackenartige Unterkünfte für Bauarbeiter, und wenig später sind wir auch schon mitten in der größten Baustelle Borneos: Tanjung Kidurong.

Hier entstehen der erste Tiefseehafen an der Nordküste Borneos und das größte Industriegebiet des ostmalaysischen Bundesstaates Sarawak. 10.000 Bauarbeiter sind hier gegenwärtig beschäftigt, 5.000 allein beim Hafenbau. Wir überblicken das künftige Industriegelände von einer Anhöhe: Die freigeräumte und planierte Fläche ist so groß, daß wir die Arbeit kaum wahrnehmen. Wir sehen Bulldozer, Bagger und Schwimmbagger vor der Küste. Hier



Baustelle Hafen in Tanjung Kidurong

wird ohne Pause von Tagesanbruch bis zur Dämmerung gearbeitet. Für schnelles Arbeitstempo gibt es Prämien; der Hafen soll spätestens 1983 eröffnet werden.

Industrialisierung in der Bintulu-Region

Wie kam es zu diesem großangelegten Industrieprojekt in der Bintulu-Region? Sarawak, der nordwestliche Teil der Insel Bonreo, mit 125.000 km² flächenmäßig halb so groß wie die Bundesrepublik, aber mit nur 1 Million Einwohnern äußerst dünn besiedelt, galt lange Zeit als eine der rückständigsten Regionen Südostasiens. Die sogenannten „Weißen Rajahs", die das Territorium während der Kolonialzeit mit Billigung der britischen Krone wie ein Familienunternehmen verwalteten, plünderten die Rohstoffe des Landes aus, taten aber nichts für seine Entwicklung. Bis heute gibt es kaum Straßen in Sarawak, Hauptverkehrswege sind die Flüsse. Schulwesen und Gesundheitsversorgung sind immer noch unterentwickelt. Seit der Unabhängigkeit im Jahre 1963 ist Sarawak mit den Staaten der Malaysischen Halbinsel und Sabah (dem früheren Nord-Borneo) in der Föderation Malaysia zusammengeschlossen. Von der Zentralregierung in Kuala Lumpur gingen die ersten Anstöße für die industrielle Entwicklung in der Bintulu-Region aus. Die Wirtschaftsplaner im Amt des Premierministers wiesen darauf hin, daß Sarawak im Vergleich zur malaysischen Halbinsel immer noch rückständig sei. Das Bruttosozialprodukt pro Kopf der Bevölkerung liege noch erheblich unter dem Bundesdurchschnitt. Ihr Rezept, den Entwicklungsrückstand aufzuholen, hieß verstärkte Industrialisierung.

Im Jahre 1973 erarbeitete ein dänisch-britisches Team im Auftrag der malaysischenBundesregierung den ersten Regionalentwicklungsplan für Sarawak. In dem damaligen Regionalplan tauchte zum ersten Mal die nähere Umgebung von Bintulu als Zentrum der industriellen Entwicklung in Sarawak auf.

In den darauffolgenden Jahren kamen viele Faktoren zusammen, die die Entwicklung Bintulus begünstigten: Vor der Küste von Sarawak wurden zusätzliche Erdöl- und Erdgasfunde gemacht. Das Interesse der Japaner an der Nutzung malaysischer Gasvorkommen veranlaßte die staatliche Erdölgesellschaft Malaysias PETRONAS, in Kooperation mit Shell und Mitsubishi den Bau einer Gasverflüssigungsanlage ins Auge zu fassen. Die Entscheidung, mit japanischer technischer Hilfe die Gasverflüssigungsanlage mit angeschlossenem Kraftwerk zu bauen, war die Initialzündung für weitere Projekte. Nun war die Standortgunst des neuen Hafens Tanjung Kidurong offensichtlich. Weitere Ansiedlungspläne sollten bald folgen.

Nach dem jetzigen Stand werden im Industriegebiet von Tanjung Kidurong außer der Gasverflüssigungsanlage eine Harnstoffabrik, eine Eisenhütte und eine Aluminiumhütte aufgebaut. Die Art der Projekte entspricht der exportorientierten Entwicklungsstrategie Malaysias. Zumindest für die Gasverflüssigungsanlage und die Aluminiumhütte läßt sich sagen, daß sie ganz überwiegend für den Export produzieren werden.

Die Wirtschaftsplaner im Amt des Premierministers in Kuala Lumpur können eine positive Bilanz ziehen: Die Aussichten für die industrielle Entwicklung in der Bintulu-Region sind so vielversprechend, daß sich Sarawaks Bruttosozialprodukt in wenigen Jahren dem Bundesdurchschnitt angenähert haben wird. (1978 lag das Pro-Kopf-Einkommen Sarawaks bei 1.273 Malays. $ gegenüber 1.676 Malays. $ für Gesamt-Malaysia).

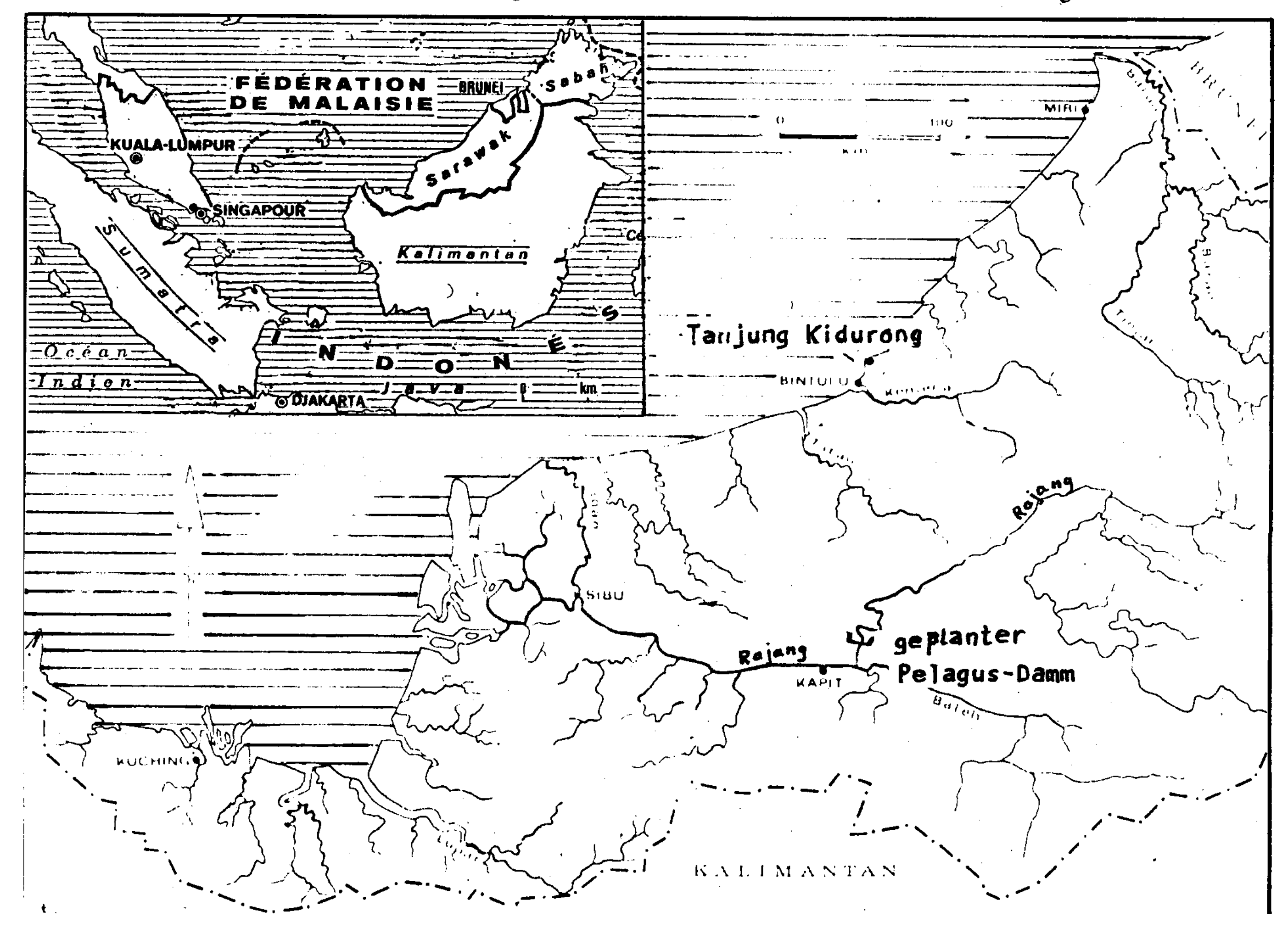
Doch wie bei jeder Berechnung von Pro-Kopf-Durchschnittswerten, ist damit über die wirklichen Lebensbedingungen der Bevölkerung nichts ausgesagt. Bintulu wird als industielles Zentrum zum blühenden Wachstumspol, aber für das Hinterland bestehen keine Entwicklungspläne. Dabei gehören über 50 % der Bevölkerung von Sarawak zu den Inlandsvölkern: Bidayuh, Ibans, Kayans, Kenyahs.

Wasserkraft vom Rajang

Das einzige Interesse, das auf Seiten der Regierung am Hinterland besteht, ist die Nutzbarmachung der unerschlossenen Reichtümer, die dort vermutet werden. Ein großes Potential, nach dem man nicht lange suchen muß, sind die breiten Ströme. Sie könnten zur Stromerzeugung aufgestaut werden. Im Westen Sarawaks beginnen demnächst die Bauarbeiten am Batang Ai-Staudamm. Ein noch wesentlich größeres Potential bietet der Batang Rajang, der längste und wasserreichste Strom Sarawaks. Vage Vorstellungen für seine Nutzung zur Stromerzeugung bestehen seit längerem; in ein konkretes Planungsstadium getreten sind diese Ideen aber erst im Zusammenhang mit der Industrialisierung in Bintulu. Der letzte Anstoß kam in den Verhandlungen mit der amerikanischen Firma Reynolds, die bei Bintulu die Aluminiumhütte bauen will. Für Reynolds gibt es zwei Gründe, einen Teil seiner Produktion nach Sarawak zu verlegen. In den Industrieländern geraten Aluminiumhütten wegen der hohen Schadstoffbelastung der Luft zunehmend in das Kreuzfeuer der Kritik. Gerade der amerikanische Reynolds-Konzern hat auch in Deutschland von sich reden gemacht. Anfang der 70er Jahre errichtete Reynolds an der Unterelbe eine Aluminiumhütte. Nachdem in der Umgebung Umweltschäden in Millionenhöhe aufgetreten waren, wurde der Konzern gerichtlich gezwungen, die Produktion auf 2/3 der Kapazität zu drosseln. In Sarawak erwartet die Konzernleitung großzügigere Umweltschutzbestimmungen als in der Bundesrepublik. Zum anderen sind Aluminiumhütten wegen ihres hohen Stromverbrauchs auf kostengünstige Energie angewiesen. Im Juli 1980 ließ die Reynolds (USA) verlauten, für eine Übergangszeit sei der aus Erdgas erzeugte Strom akzeptabel, langfristig, d.h. bis spätestens 1990, erwarte man aber, daß die noch billigere Wasserkraft des Rajang zur Verfügung gestellt werde.

Die Interessen der Firma Reynolds trafen sich mit denen der malaysischen Bundesregierung, die die billige Wasserkraft aus Sarawak in West-Malaysia nutzen möchte. Obwohl offiziell noch keine Entscheidung der zuständigen Landesregierung gefällt worden ist, zweifelt heute keiner mehr daran, daß am Flußsystem des Batang Rajang mindestens zwei Staudämme gebaut werden. Die Vorstudien dazu werden gegenwärtig als Projekt der deutschen technischen Hilfe von einem Konsortium deutscher und schweizer Ingenieurbüros durchgeführt, zu dem die Firmen Dorsch (München), Salzgitter, Lahmeyer International (Frankfurt) und Motor Columbus aus der Schweiz gehören. Lahmeyer International ist bereits durch die Beteiligung an der Planung für den Chico-Damm, eines ganz ähnlichen Projektes in den Philippinen, unrühmlich bekannt geworden.

Wenn alle Vorbereitungen glatt gehen, kann 1983 mit den Bauarbeiten am Pelagus-Damm begonnen werden, und schon für 1989 oder 1990 rechnet der leitende Ingenieur der staatlichen Elektrizitätsversorgungsgesellschaft mit der Fertigstellung des ersten Dammes. Die Kapazität des Kraftwerks soll zwischen 1000 und 1700 MW liegen. Weiter oberhalb, am Balui, einem Nebenfluß des Rajang, ist ein weiterer Damm mit einer Stromerzeugungskapazität von 2800 MW geplant. (Zum Vergleich: 1000 MW reichen aus, um den gesamten Strombedarf einer deutschen Großstadt mit 500.000 Einwohnern zu decken; die größten Steinkohlekraftwerke bei uns haben eine Kapazität von 800 MW). Gegenwärtig liegt der jährliche Stromverbrauch von ganz Sarawak bei 60 MW, bis zum Jahre 2000 wird mit einem jährlichen Strombedarf von 600 MW gerechnet. Da Sarawak – trotz der forcierten Industrialisierung in der Bintulu-



Region – auch auf absehbare Zeit nie so viel Strom verbrauchen wird, wie am Rajang erzeugt werden kann, sollen über Tiefseekabel West-Malaysia und Singapur mitversorgt werden.
Der erste Stausee wird ein Gebiet von 300 km^2 überfluten, der obere See ein Gebiet von 600 km^2. Auf einer Länge von 120 Flußkilometern werden die Häuser der ansässigen Iban- und Kayan-Bevölkerung überflutet werden. Mindestens 6000, möglicherweise 20.000 oder noch mehr Menschen werden davon betroffen sein.

Das Ende der Langhaus-Kultur

Konkrete Umsiedlungspläne existieren bisher nicht. Die Bewohner des Staudammgebietes, mit denen wir sprachen, konnten sich noch nicht vorstellen, was auf sie zukommt. Sie gehen ihrem gewohnten Tagwerk nach; Panikreaktionen gibt es nicht.
Die von den Staudammprojekten betroffenen Ibans und Kayans leben entlang den Flüssen und bauen in Brandrodungsfeldbau Reis an. In Gärten wird für den eigenen Bedarf noch Gemüse und für den Export Pfeffer angepflanzt. Wenn der Marktpreis einigermaßen hoch ist, zapfen die Urwaldbewohner auch ein bißchen Gummi.
Eine ganze Dorfgemeinschaft lebt in sogenannten „Langhäusern", die in Pfahlbauweise parallel zu den Flüssen errichtet werden. Der Flußseite zugewandt, erstreckt sich über die volle Länge des Hauses eine Halle, die als Gemeinschaftsraum genutzt wird; der Bergseite zugewandt, liegen die Wohnräume der einzelnen Familien. Die Errichtung der Pfähle für ein neues Langhaus und das Roden für neues Reisland erfolgen in Gemeinschaftsarbeit. Das gerodete Land wird zwar in Einzelparzellen aufgeteilt, doch häufig gemeinsam bestellt. So waren bei unserem Besuch



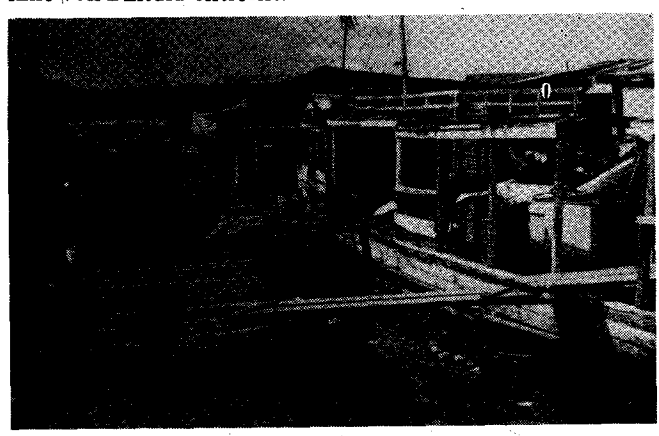
Iban-Langhaus

im Iban-Langhaus Rumah Selleh ein Großteil der Männer auf ihren eine Tagesreise entfernten Reisfeldern. 20 mal im Jahr müssen sie mit ihren Booten zur Feldbestellung fahren. Dabei besteht ständig die Gefahr, daß Affen, Wildschweine und Mäuse die Ernte wegfressen. „Aber wir mußten neues Land roden", sagt Engkang, der uns in das Langhaus eingeladen hatte, „der Boden unserer Felder hier ist total ausgelaugt, und die Preise für Pfeffer und Gummi sind zur Zeit so niedrig, daß wir nicht genügend Geld haben, um uns noch Reis kaufen zu können."
Zum Abendessen hatte es (aus China importierten) Reis, frisches Gemüse und das Fleisch aus den von uns mitgebrachten Büchsen gegeben. Fleisch gibt es sonst nur, wenn man ein Wildschwein erlegt hat. Um eine Verbesserung der Landwirtschaft und damit der Lebensbedingungen im Langhaus hat sich die Regierung bisher nicht gekümmert. Die Lebensverhältnisse im Langhaus sind nicht immer so kümmerlich gewesen. Aber in den beiden letzten Jahrzehnten sind die Existenzgrundlagen für das Leben im Urwald immer schlechter geworden. Japanische und andere ausländische Unternehmen haben mit Konzessionen der Regierung große Flächen Primär-Dschungel abgeholzt (vgl. zu diesem Problem ausführlich: Zerstörung der Regenwälder in Kalimantan, in: blätter des iz3w, Nr. 85, S. 37-42). Das bedingte eine Kette ökologischer Veränderungen: Wilde Tiere haben keine Nahrungsgrundlage mehr, und infolge von Bodenerosion sind die Flüsse verunreinigt und es gibt weniger Fische. Somit sind Jagd und Fischfang in manchen Gebieten kaum noch möglich. Zunehmende Fehlernährung ist die Folge.
Auch der Brandrodungsbau wird durch Maßnahmen der Regierung immer stärker eingeschränkt. Für Flächen, die die Ibans und Kayans als ihr Stammesland ansehen, werden Holzlizenzen vergeben. Die Regierung rechnete kürzlich vor, daß jährlich Holzbestände im Wert von 250 Mio.DM durch Brandrodungsbau verlorengehen. Damit soll der Eindruck erweckt werden,als gehe die Zerstörung des tropischen Regenwaldes auf das Konto der einheimischen Bevölkerung. In der Tat hat Brandrodungsfeldbau negative ökologische Folgen – wenn die Wirkungen auch längst nicht so verheerende Ausmaße annehmen wie die Abholzung riesiger Urwaldflächen durch ausländische Konzerne. Wenn die Regierung den Brandrodungsfeldbau heute einschränkt, dann geht es ihr nicht um das ökologische Gleichgewicht, sondern lediglich um die kommerzielle Ausplünderung der Holzreichtümer.
„Die Landwirtschaft hat in Sarawak wenig Zukunft", meinte unser Forstbeamter aus Bintulu. Nur 20 % der Böden seien intensiv nutzbar; deshalb könne die Langhaus-Ökonomie auch nicht lang überleben. Natürlich sehe er dies auch mit einem weinenden Auge, denn schließlich würde das auch für den Tourismus interessante traditionelle Sarawak verschwinden. Hier hat allerdings e i n e Regierungsbehörde bereits vorgesorgt: Das Sarawak-Museum in der Hauptstadt Kuching verstärkte sein ethnologisches Forschungsprogramm, um noch schnell die Kultur der Ibans und Kayans der Nachwelt zu dokumentieren, bevor weite Teile der Langhauskultur für immer unter der Wasseroberfläche verschwinden.
Ansonsten verspricht die Regierung den Urwaldbewohnern lediglich, daß sie Zugang zu einem großen Arbeitsmarkt und „moderner Infrastruktur" haben sollen. Gefragt hat die Urwaldbewohner allerdings keiner, ob sie unter – dem momentan ökonomischen und später existentiellen – Druck, ihre angestammte Lebensform aufgeben und z.B. Richtung Bintulu wandern wollen, um sich Arbeit zu suchen. Auch in Engkangs Langhaus, wo das Bareinkommen pro Familie und Jahr mit 200 – 300 Mark eindeutig zu niedrig ist, haben schon einige junge Männer Bekanntschaft mit der Lohnarbeit und mit Bintulu gemacht. Engkang selbst hatte zwar zuletzt Ölfässer auf dem Rajang transportiert, aber sein Freund Murih war vor einem Jahr nach Bintulu gegangen, um auf dem Bauplatz zu arbeiten. Seine Familie war im Langhaus zurückgeblieben.

Wohnverhältnisse in Bintulu

In Bintulu arbeitet Murih an sechs Tagen je 10 Stunden und verdient ca. 20 Dollar pro Tag. 200 Männer kommen jede Woche nach Bintulu, um dort Arbeit zu finden. Das Arbeitsplatzangebot scheint unerschöpflich. Von der versprochenen „modernen Infrastruktur" ist allerdings nichts zu

sehen. Mit seinen vielen Männern, die abends die chinesischen Kaffeehäuser füllen, gleicht Bintulu bestenfalls einer (asiatischen) Cowboystadt. Die Statussymbole der Männer sind Jeans und Armbanduhren, Dinge, die man sich für das verdiente Geld auch kaufen kann.
Was es häufig noch nicht einmal für gutes Geld gibt, sind Wohnungen. Das ganze Stadtgebiet und die Bauplätze werden von Squattern (d.h. wilden Siedlern ohne Grundbuchtitel) gesäumt. Auf 1.000 Haushalte schätzt Fong von der Kreisverwaltung die Squatter, was bei einer ursprünglichen Bevölkerungszahl von einigen Tausend natürlich sehr hoch ist. Am größten ist das Squattergebiet direkt am Fluß, wo vor den Häusern der Abfall knietief steht. Mitten durch die dickste Kloake laufen einige Schläuche, die einzigen provisorischen Wasserleitungen. Von Versorgung mit Elektrizität und Müll- und Abfallbeseitigung kann keine Rede sein. Für die Stadtverwaltung hieße dies ja, die illegalen Squattersiedlungen anzuerkennen. Wer dagegen ein Haus besitzt, kann gute Geschäfte machen: so z.B. die Malaiin, die den 1,50 Meter hohen Raum unter ihrem Pfahlbau-Haus mit Sperrholzplatten zu Wohnraum ausgebaut und für umgerechnet 180 Mark im Monat vermietet, oder der Eigenheimbesitzer, der sein Reihenhaus für 3000 Mark im Monat vermieten oder für 100 – 200.000 Mark verkaufen kann. Nicht einmal die reichen weißen Experten können sich mit Wohnraum versorgen. Für sie wurde eine scheußliche Stahlskelettkonstruktion aus Saudi-Arabien nach Bintulu verfrachtet, die unter dem Namen „Aurora Beach-Hotel" den weißen Managern ein Luxus-Ghetto bietet.
Trotz langfristig geplanter Industrieansiedlung gibt es in Bintulu in der Tat keinen Bereich, der mit dem raschen Wachstum an Arbeitskräften mithalten könnte. Knapp sind die Nahrungsmittel. Den illegalen Wohnungen folgen illegale Läden, die der Bevölkerung zu teuren Preisen höchstens die nötigsten Nahrungsmittel verkaufen.
Nicht nur in den Squattergebieten fehlt Wasser. Der Wasserdruck reicht nicht aus, die etwas höher gelegenen Wohnungen – dazu gehören auch die Wohngebiete der Regierungsbeamten – regelmäßig mit Wasser zu versorgen. Es gibt so gut wie keine öffentlichen Verkehrsmittel, sieht man einmal von dem relativ belebten Flughafen, der direkt hinter einer der Hauptgeschäftsstraßen liegt, ab. Die Arbeiter werden auf Lastwagen zu den Bauplätzen transportiert. Die wenigen Taxis, von denen die meisten ohne Lizenz fahren, nehmen überhöhte Preise. Bintulu entwickelt sich langsam zum teuersten Pflaster Südostasiens.
Beim Besuch im lokalen Krankenhaus fanden wir vor der Ambulanz eine lange Schlange junger Männer mit Wunden an Armen und Beinen. Offensichtlich gibt es viele Arbeitsunfälle auf den Bauplätzen. Der „medical officer" wollte uns keine näheren Auskünfte dazu geben. Auf einer Statistik, die in seinem Büro hing, sahen wir, daß die Zahl der Typhus-Fälle von 34 im Jahr 1979 bereits auf 111 im ersten Halbjahr 1980 gestiegen war. Auch über das Ausmaß an Geschlechtskrankheiten wollte uns der „medical officer" keine Auskunft geben; denn fast die einzigen Frauen, die man in Bintulu sieht, sind Prostituierte. Es sind Hunderte. Noch nicht einmal Fong von der Kreisverwaltung konnte ihre Zahl schätzen. „Es sind nie genügend", meinte er, „die Männer müssen Schlange stehen." Neben einigen Chinesinnen, die in den Hotels für den „gehobenen Bedarf" der jungen Bauarbeiter zur Verfügung stehen müssen, sind die Prostituierten zumeist junge Iban-Mädchen, die auch aus den Langhäusern kommen, um zum Lebensunterhalt der Familie beizutragen.
Im Langhaus haben Männer und Frauen gemeinsam den Reis angebaut, den Pfeffer geerntet oder den Gummi gezapft. In Bintulu arbeiten die Männer auf dem Bau, die Frauen verkaufen ihren Körper. Auch dies gehört zur Entwicklung!?
Was wird und soll sich in Bintulu noch ändern?
1978 hat der Staat eine Behörde eingerichtet, die den Auftrag hat, den Entwicklungsweg des Großraums Bintulu in geordnete Bahnen zu lenken. Doch die Pläne für das künftige Bintulu werden weitab von den hautnahen Problemen vor Ort gemacht. Wir treffen die Beamten der „Bintulu Entwicklungsbehörde" in einem klimatisierten Büro in der geruhsameren Landeshauptstadt Kuching, 380 km Luftlinie von Bintulu entfernt.



Squatter in Bintulu

Der Stadtplaner erklärt uns den Entwicklungsplan für das Bintulu des Jahres 1995. Der Plan, der von einem australischen Planungsbüro entworfen wurde, zeigt zwei Siedlungskerne: Die bestehende Distriktstadt Bintulu und eine Satellitenstadt für 20.000 Einwohner in der Nähe des Hafens. Die Gesamtbevölkerung der Doppelstadt soll bis zum Jahre 1995 auf über 50.000 anwachsen. (In der Volkszählung von 1970 hatte Bintulu insgesamt nur 4.400 Einwohner).

So schön der Plan auf dem Papier aussieht, die Zuwanderer, die sich jetzt in Holzhütten auf engstem Raum drängen, können nicht damit rechnen, hier menschenwürdige Wohnungen zu finden. Die Bintulu-Entwicklungsbehörde hat entschieden, daß wilden Siedlern in der neuen Stadt keine Wohnungen zugeteilt werden. Für diejenigen, die unter der Wohnungsnot am meisten zu leiden haben, gibt es keinen Plan.

Alternativen zur Strategie der Regierung

Wie wird Sarawak im Jahre 2000 aussehen? Ein paar häßliche Industriestädte an der Küste, durch rücksichtslosen Holzeinschlag zerstörte Urwälder und eine Kette von Wasserkraftwerken im Hinterland, dazwischen ein paar halbverfallene Langhäuser? Das ist keine unrealistische Prognose, wenn die Entwicklung der letzten Zeit ungebrochen weitergeht. Nun wäre es bestimmt keine Alternative, die bisherigen Verhältnisse gar nicht zu verändern. Auf ihrer traditionellen Kultur aufbauend könnten die Inlandbewohner Sarawaks zu Fortschritt und besseren Lebensbedingungen gelangen. Das Langhaus gehört nicht ins Völkermuseum, vielmehr ist diese Art des Zusammenlebens eine entwicklungsfähige Lebens- und Wirtschaftsform.
Die Einführung von intensiven und arbeitssparenden Bewirtschaftungsmethoden, von Dauer-Feldbau und verbesserter Viehhaltung, Bau von ganzjährig benutzbaren Verkehrswegen von den Langhäusern zu den Märkten (d.h. Landverkehrswege, um unabhängig vom Wasserstand der Flüsse zu sein) und Aufbau einer Kleinindustrie zur Unterstützung der Landwirtschaft – das wären einige Elemente eines Entwicklungsweges, der an den Bedürfnissen der einheimischen Bevölkerung orientiert ist. Bisher werden solche

Forderungen lediglich von einer kleinen Oppositionspartei, der seit ca. zwei Jahren bestehenden Sarawak Peoples Organisation (SAPO), erhoben.
Die Partei plädiert in ihrem Programm für die Abkoppelung von West-Malaysia, für eine Reduzierung der Weltmarktorientierung und für ländliche Entwicklung mit dem Ziel landwirtschaftlicher Selbstversorgung. Bauern aller Bevölkerungsgruppen – das ist eine zentrale Forderung des Parteiprogramms – sollen ohne Schwierigkeiten Eigentumstitel für landwirtschaftliche Flächen erhalten können. „Sarawak for the Sarawakians" (Sarawak für die Sarawakier) heißt der Slogan der Partei.
Die Partei versucht, Bauern in verschiedenen Teilen Sarawaks zu organisieren. Zahlenmäßig ist sie noch sehr schwach. Ihre Stärke liegt eher in der Methode der Parteiarbeit. Die SAPO-Mitglieder beschränken sich nicht darauf, ein langfristiges (und doch recht abstrakt formuliertes) Parteiprogramm zu propagieren, sondern wo immer sie in Langhäusern oder Dörfern aktiv werden, versuchen sie Selbsthilfeprojekte anzuregen, die unmittelbar die Lebensweise der beteiligten Bauern verbessern. Über die Beteiligung an Selbsthilfeprojekten entwickeln die Bauern allmählich ein Bewußtsein dafür, welche politischen Veränderungen nötig sind, damit sich ihre Lage grundlegend verbessert. Doch bis es dazu kommt, wird noch viel Zeit vergehen. Wo manchmal Tagesreisen mit dem Boot zwischen den einzelnen Siedlungen liegen, breiten sich politische Organisationen nicht so schnell aus.
Die Regierung braucht sich einstweilen keine Sorgen zu machen, daß sie in absehbarer Zeit nicht mehr Herr der Lage sein wird oder ihre Entwicklungsstrategie revidieren muß.

Harriet Ellwein
Einhard Schmidt

Anmerkung:
Die Recherchen zu diesem Beitrag gehen auf eine Reise nach Sarawak im Jahre 1980 zurück.

Teilerfolg der Kampagne zur Freilassung der politischen Gefangenen in Singapur!

Nach einer Meldung der Times vom 3. 6. 1981 hat die Regierung von Singapur drei politische Gefangene, die wegen angeblicher politischer Tätigkeit für die Kommunistische Partei von Malaysia seit vielen Jahren inhaftiert waren, freigelassen. Zwei von ihnen, Lee Tse Tong und Ho Piao, waren bereits seit 1963 inhaftiert, der dritte, Chwa Seh Kea, war vor nunmehr elf Jahren interniert worden. Gegen keinen der drei ist jemals Anklage vor einem Gericht erhoben worden, keiner von ihnen war rechtskräftig verurteilt. Sie waren nach dem berüchtigten „Gesetz zur inneren Sicherheit" für unbestimmte Zeit in Vorbeugehaft.
Die Freilassung der drei ist als ein Teilerfolg der Kampagne für die Freilassung aller politischen Gefangenen in Singapur zu werten, die im Frühjahr dieses Jahres von FUEMSSO (der Federation of United Kingdom and Eire Malaysian and Singaporean Student Organisations) und dem „Standing Committee on Human Rights in Malaysia and Singapore" organisiert wurde. Wir haben seiner Zeit die Leser der blätter des iz3w über die Kampagne informiert und aufgefordert, sich mit Protestschreiben an die Regierung von Singapur daran zu beteiligen.
Da Lee Tse Tong und Ho Piao früher aktive Gewerkschaftsführer waren – der eine in der Busfahrergewerkschaft, der andere in der Seeleutegewerkschaft – informierte FUEMSSO die Teilnehmer einer Tagung der Internationalen Transportarbeiterföderation (ITF) Mitte Mai in London über die Kampagne. Zahlreiche Delegierte erklärten am Rande der Konferenz ihre Solidarität mit den inhaftierten Kollegen in Singapur. (In der Sitzung selbst wurde das Thema wegen des Protests eines Delegierten aus Singapur nicht auf die Tagesordnung genommen). Darüber wurde sogar in der Presse in Malaysia und Singapur berichtet! Das scheint der entscheidende Anstoß für das Lee Kuan Yew-Regime gewesen zu sein, wenigstens die beiden Gewerkschafter freizulassen. Allerdings wurden auch ihnen die üblichen Beschränkungen – u.a. keine politische Betätigung und regelmäßige Überwachung durch die Polizei – auferlegt.
Mit diesem Teilerfolg ist die Kampagne aber keineswegs abgeschlossen. Sie soll fortgesetzt werden, bis alle politischen Gefangenen in Singapur entlassen sind. Gerade erreicht uns die Nachricht, daß Dr. Poh Soo Kai, ehemals Stellvertretender Generalsekretär der oppositionellen Barisan Sosialis und bereits seit 1963 inhaftiert, schwer erkrankt ist und sein Leben in Gefahr ist. Dr. Poh litt seit Jahren – möglicherweise als Folge der Haftbedingungen – unter chronischen Nebenhöhlenvereiterungen. Im April dieses Jahres verlor er mehrfach das Bewußtsein. Erst jetzt wurde er medizinisch untersucht. Er wurde dann zweimal operiert. Im Verlauf der zweiten Operation verlor er mehrere Liter Blut. Anschließend wurde er wieder ins Gefängnis zurückgebracht.
Das „Standing Comittee on Human Rights in Malaysia and Singapore" schlägt vor, Protestbriefe an die Regierung von Singapur zu schreiben, um das Leben von Dr. Poh zu retten. Außerdem schlägt das Komitee vor, prominente Persönlichkeiten dafür zu gewinnen, entsprechende Schreiben an Lee Kuan Yew zu richten.
Hier noch einmal die Anschrift:
Mr. Lee Kuan Yew, The Prime Minister of Singapore, Prime Minister's Office, City Hall, Republic of Singapore.
Der Text könnte ungefähr so lauten:
„Dear Mr. Prime Minister,
We understand that Dr. Poh Soo Kai, who is among the world's longest serving political prisoners and who has been subjected to severe psychological and physical tortures in your prisons, is now very ill. We are deeply concerned about his state of health.
We demand the immediate and unconditional release of Dr. Poh and all other political detainee."
Übersetzung:
„Sehr geehrter Herr Premierminister,
wir haben erfahren, daß Dr. Poh Soo Kia, der weltweit einer der am längsten einsitzenden politischen Gefangenen ist und harter physischer und psychischer Folter ausgesetzt war, mittlerweile schwer erkrankt ist. Wir sind in tiefer Sorge um seinen Gesundheitszustand.
Wir fordern die sofortige und bedingungslose Freilassung von Dr. Poh und allen anderen politischen Gefangenen!"

Südostasiengruppe der ESG Bochum

Bücher zur Türkei

REZENSIONEN: TÜRKEI-BÜCHER

Diesen Monat jährt sich der jüngste Militärputsch in der Türkei. Innerhalb des letzten Jahres sind einige Türkei-Bücher erschienen oder neu aufgelegt worden, von denen wir hier fünf kurz vorstellen wollen. Wenn sie nicht über die örtliche Buchhandlung zu beziehen sind, kann man sie sich von Express-Edition (Kottbusser Damm 79, 1000 Berlin 61, Tel.: 030/693 20 64 – 65) zusenden lassen. Dieser Versand/Verlag ist im übrigen spezialisiert auf Literatur zu den Herkunftsländern unserer Arbeitsimmigranten.

SELBSTDARSTELLUNG TÜRKISCHER JUGENDLICHER IN DER BRD

Förderzentrum JUGEND SCHREIBT e.V. (Hrsg.): Täglich eine Reise von der Türkei nach Deutschland – Texte der zweiten türkischen Generation in der Bundesrepublik (Fischerhude 1980; Verlag Atelier im Bauernhaus, Neue Reihe Atelier 6, 120 S., 15 Fotos, DM 9,80)

„Täglich unternehme ich eine Reise von der Türkei nach Deutschland. Wenn ich morgens mein Elternhaus verlasse, verlasse ich damit die Türkei. Ich gehe dann zu meiner Arbeitsstelle oder zu meinen Freunden und bin damit in Deutschland. Abends kehre ich dann in mein Elternhaus zurück und bin wieder in der Türkei. Zu Hause erzähle ich nichts von dem, was ich in der Schule oder mit meinen Freunden erlebt habe, ich tue dann das, was meine Eltern von mir verlangen. Bei meinen Freunden oder in der Schule erzähle ich aber auch kaum etwas von meinen Eltern, dort orientierte ich mich an dem, was meine Freunde machen." (S. 37)



In knappen, ausdrucksvollen Sätzen schildern Jugendliche und Kinder ihre Erlebnisse und Gefühle in der BRD. Die Kurzgeschichten, Gedichte und Interviews sind unter verschiedenen Gesichtspunkten geordnet: Im ersten Abschnitt wird das Leben zwischen den zwei Kulturen veranschaulicht (Textprobe s.o.). Der zweite Abschnitt beschreibt die Last der Vorurteile:

„Seht uns nicht nur an!
Versucht uns zu sehen!
Versucht uns kennenzulernen!
Versucht uns zu verstehen!" (S. 45)

Der dritte und vierte Abschnitt zeigen die Schul- bzw. Arbeitswelt der jungen Türkinnen und Türken.
„In der Schule wurde ich viel gehänselt. Ich haßte alle Deutschen – doch Deutschland nicht." (S. 58)
„Ich fragte ihn, ob er denn eine Lehrstelle gefunden hätte. Ja. Sagte Ali.
Ich lerne Hilfsarbeiter." (S. 64)

Während im fünften Abschnitt die Wohnsituation im Ghetto dargestellt wird, handelt der sechste von der Zukunft, von vagen Ängsten und Träumen.

„Ich möchte es erleben
Irgendwann so glücklich zu sein,
Daß ich nicht mehr weinen muß." (S. 112)

Zwischen den Texten, zu denen auch eine Bildergeschichte gehört, sind zu einigen wichtigen Stichworten Kurzinformationen eingefügt.

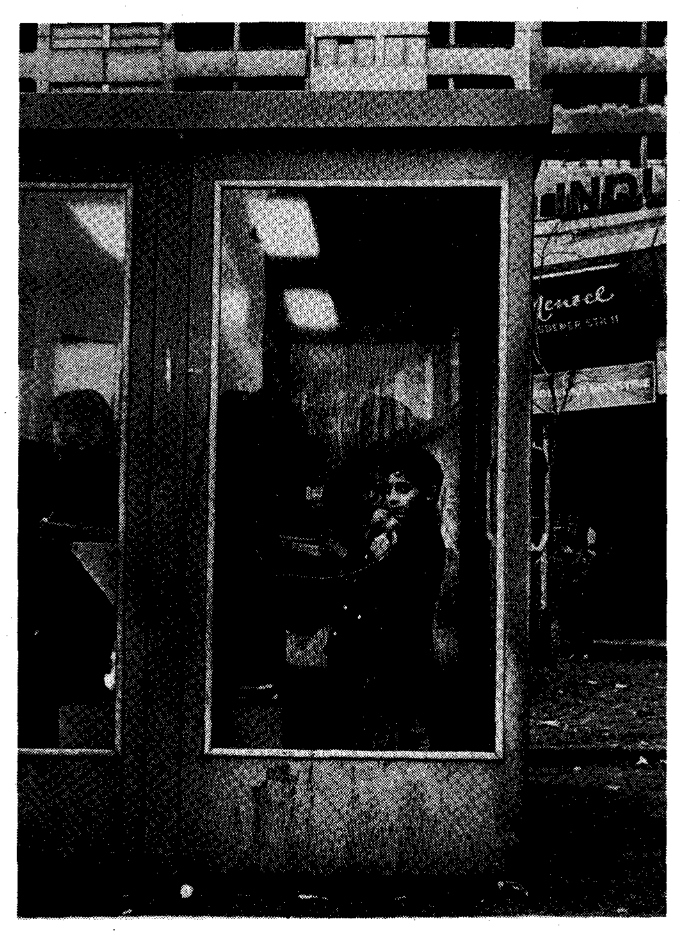
Das Buch mit den vielen kleinen Textimpressionen ist nicht nur empfehlenswert für diejenigen, die die Erfahrungen und Gefühle der türkischen Jugendlichen und Kinder nachempfinden wollen; es empfiehlt sich ebenfalls für Lehrer, die anhand der vielseitigen Textproben das kulturelle Dilemma der jungen Ausländer in der BRD thematisieren wollen.

DER IDEALE EINSTIEG IN DAS THEMA „TÜRKEI"

**Kunstamt Kreuzberg (Hrsg.):
morgens Deutschland – abends Türkei
(Berlin 1981; Foto-Bildband, 319 S., 248 Fotos; Kunstamt Kreuzberg, Mariannenplatz 2, 1000 Berlin 36, DM 25,–)**

Man braucht nur einige Bilder anzuschauen – sie erzählen viel mehr über Leben und Arbeit der Kinder, Frauen und Männer in der Türkei und in Kreuzberg als manche wortreiche Abhandlung. Leser/Betrachter werden angeregt, in dem Buch auf Entdeckungsreise zu gehen; die Gedanken schweifen zu lassen und sich selbst zu diesen Menschen in Beziehung zu setzen. Die eindrucksvollen Fotos, die meisten von Gert von Bassewitz fotografiert, sind auch von Texten begleitet. Es beginnt mit einer Zusammenstellung von Texten (meist aus Zeitungen), die die Haltung der Deutschen den Ausländern gegenüber dokumentieren: überwiegend Ausländerfeindlichkeit.

Unter der Überschrift „Die Türkei – vom abhängigen Kapitalismus zur Arbeitsemigration" werden die geschichtliche, kulturelle und wirtschaftliche Entwicklung der Türkei dargestellt. Ein weiterer Teil bringt kurze Aufsätze über das Leben der Arbeitsemigration in Betrieb, Wohnbereich, Familie und Schule. Sie enthalten sehr viele wichtige Fakten für alle, die sich mit Ausländerproblemen in der BRD befassen.
Das Buch ist nicht nur denen zu empfehlen, die gerne Bilder sprechen lassen, sondern auch allen, die sich gerade erst für die Probleme von Ausländern zu interessieren beginnen.



BESTANDSAUFNAHME GEGENWÄRTIGER PROBLEME

Jürgen Roth / Kamil Taylan:
Die Türkei – Republik unter Wölfen
(Bornheim 1981; Lamuv-Verlag, Lamuv TB 6, 212 S., DM 9,80)
Das Buch enthält viele aktuelle Daten und beschreibt das Spektrum der politischen und wirtschaftlichen Unterdrückung. Im ersten Kapitel werden die Hintergründe des Putsches vom 12. September 1980 aufgezeigt und damit schon die Themen der folgenden Kapitel angerissen. In den einzelnen Abschnitten sind beschrieben:
- die jüngere Entwicklung der Unterentwicklung durch ausländische Wirtschaftsinteressen
- das Elend der bäuerlichen Gesellschaft
- Slums, Gesundheits- und Bildungswesen
- die Verfilzung von Militär und Gewerkschaft mit dem Kapital und dem CIA
- Ideologie und Aktivitäten der Grauen Wölfe
- die Bedeutung des Islam in der Türkei
- die großen Parteien AP (Demirel) und CHP (Ecevit)
- die Widerstandsorganisationen außerhalb der Parteien, insbesondere die Entstehung der DISK
- die Maschinerie der Unterdrückung.

Das Buch ist eine Bestandsaufnahme gegenwärtiger Probleme; das birgt zwei Schwierigkeiten.
Zum einen sind die komplizierten Zusammenhänge schwer „in die Reihe" zu bringen. Beim Lesen hatte ich das Gefühl, daß das Buch nicht so gründlich ausgearbeitet ist; wenn ich Informationen nachlesen will, finde ich sie manchmal kaum, weil der unklare Aufbau Überschneidungen mit sich bringt.
Zum anderen fiel es mir nicht leicht, das Buch ganz durchzulesen, weil ich es schlichtweg deprimierend fand. Aber mir ist klar: Was können die Autoren anders machen, wenn die Lage der Türkei so bedrükkend ist? Sie haben sehr viele Informationen zur aktuellen Diskussion bei uns zusammengetragen, und dies bildet eine vielseitige Grundlage für die politische Arbeit.

EMPFEHLUNG FÜR TÜRKEI-REISENDE

Eberhard Schmitt u.a.:
Türkei – Politik, Ökonomie, Kultur und praktische Reisetips
(Berlin 1981; 2. erweiterte und ergänzte Auflage; 416 S., viele Fotos, Karten und Tabellen; Express Edition, DM 22,–)
Ein Reiseführer, wie ihn sich der politisch interessierte Türkei-Reisende wünscht – bloß mit einem Nachteil behaftet: weil so viel wichtiges drinsteht, ist der über 400 Seiten dicke DIN A 5-Band für „Rote Rucksack"-Touristen vielleicht schon zu gewichtig zum Mitnehmen auf die Reise.
Im ersten Teil (120 S.) werden 5 verschiedene Anreiserouten beschrieben und allgemeine Informationen und Tips für die Anreiseländer gegeben. Die Informationen sind recht ausführlich und enthalten nicht nur technische Daten (von Lufttemperaturen bis zu den Verkehrsvorschriften), sondern u.a. auch polit-ökonomische Fakten der einzelnen Länder sowie Minisprachführer.
Der zweite Teil (120 S.) enthält geographische und touristische Hinweise für die Türkei. Es werden u.a. 11 Routen zur Bereisung des Landes vorgeschlagen; in einem alphabetischen Register werden anschließend noch die wichtigsten Städte vorgestellt. Dabei gibt es in erster Linie Hinweise auf Ausflugsmöglichkeiten, Verkehrsverbindungen und preiswerte Unterkünfte. Kunsthistorische Sehenswürdigkeiten sind freilich nur stichwortartig erwähnt; wer sich hierfür interessiert, kommt wohl um einen traditionellen Reiseführer nicht herum.
Der dritte Teil (170 S.) ist voller Hintergrundinformationen, sachlich und kompetent von verschiedenen Autoren verfaßt. Neben einem Abschnitt über Kurdistan gibt es einen Überblick über Politik und Ökonomie, Gesellschaft und Kultur sowie über die Lage der Frauen in der Türkei.
Das breite Spektrum an Themen im dritten Teil ist in dieser grundlegenden Form in keinem anderen deutschsprachigen Türkeibuch abgedruckt. Das Buch kann darum auch denjenigen empfohlen werden, die noch gar nicht verreisen, sondern sich erst einen Überblick über das Land verschaffen wollen. Also: ein gutes Geschenk für künftige Türkei-Reisende.

EIN WIRTSCHAFTLICHES UND POLITISCHES GESCHICHTSBUCH

Hakki Keskin:
Die Türkei – Vom Osmanischen Reich zum Nationalstaat – Werdegang einer Unterentwicklung (Berlin 1981; Verlag Olle und Wolter, Edition Vielfalt 8; 347 S.; DM 12,80)

Dieses Buch über die wirtschaftliche und politische Geschichte der Türkei wurde seit seinem Erscheinen vor über 3 Jahren bereits zweimal neu aufgelegt. Jetzt ist eine um ca. 50 Seiten erweiterte aktualisierte Neuausgabe erschienen, die im Preis erheblich günstiger liegt als zuvor.

Der Erfolg von Keskin ist kein Zufall, denn das Werk ist das einzige kritische deutschsprachige Geschichtsbuch über die Türkei. Es zeigt, daß die Wurzeln der Auslandsabhängigkeit sich weit bis ins Osmanische Reich zurückverfolgen lassen, und daß die europäischen Großmächte eine wirtschaftliche und soziale Weiterentwicklung systematisch verhinderten: eben den Werdegang einer Unterentwicklung. (Die erste Auflage des Buches wurde ausführlich rezensiert in den „blättern des iz3w" Nr. 75, Februar 1979, S. 47–48.)

Die Arbeit, die die jüngere Entwicklung zunehmend detailliert beschreibt, wurde nun um den Zeitabschnitt bis zum Militärputsch vom 12. September 1980 ergänzt. Keskin konzentriert sich in dem Nachwort auf die Konflikte zwischen den Parteien auf Parlamentsebene in Zusammenhang mit den wirtschaftlichen Rahmendaten der Auslandsabhängigkeit, der Stagnation, der Arbeitslosigkeit und der Inflation.

Aus dem Scheitern der einzelnen Regierungen und damit dem Versagen des parlamentarischen Systems sowie den von den Faschisten herbeigeführten bürgerkriegsähnlichen Zuständen erklärt sich, daß so viele Türken den Putsch erleichtert begrüßten. Zum Verhältnis der Faschisten zu diesem Staatsstreich schreibt Keskin: „Die MHP und ihre Terrororganisationen haben zwar die Machtergreifung des Militärs ermöglicht, das eigentliche Ziel aber – den Militärputsch unter eigene Regie zu bringen – verfehlt." (S. 267)

Das Buch sei nach wie vor allen empfohlen, die eine umfassende und klare Darstellung der wirtschaftlichen und politischen Geschichte der Türkei mit viel Datenmaterial suchen.

ebe

Betrifft: Neue AGAT-Veröffentlichung

WINDENERGIEANLAGEN – Vergleichende Übersicht käuflicher Anlagen

Autoren:
Dr. Hartmut Hübner, Fachbereich Elektrotechnik, GhK
Dr. Wolfhart Dürrschmidt, Arbeitsgruppe Angepaßte Technologie, GhK

Arbeitspapier 4 der Arbeitsgruppe Angepaßte Technologie (AGAT), Gesamthochschule Kasse, Juni 1981

Verlag ÖKO-Buchverlag ISBN 3-922 964-04-7, 72 S. A 4, viele Abbildungen, Preis: DM 10,–

Das Buch enthält eine vergleichende Übersicht über käufliche Windenergieanlagen in der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz. Es dokumentiert das Angebot einer wachsenden Zahl von Firmen, die – zum Teil mit jahrzehntelanger Erfahrung – Windenergieanlagen herstellen und vertreiben. Die Angaben und Daten stammen aus einer Umfrage an die herstellenden Firmen, die im Herbst 1980 durchgeführt wurde.

Eingangs werden die Schritte beschrieben, die bei der Planung und Installation einer Windenergieanlage zu berücksichtigen sind. Insbesondere wird ein Beispiel für die Berechnung der zu erwartenden Energie bei gegebenen Windverhältnissen vorgeführt. Der Hauptteil der Schrift beinhaltet eine vergleichende Übersicht über Daten, Konstruktionsmerkmale und Anwendungsschwerpunkte, wobei die technischen Daten durch viele Abbildungen der Windenergieanlagen ergänzt werden.

Die Anwendung der angebotenen Anlagen reicht von Elektrizitätserzeugung und Heizung über Druckluft-erzeugung bis zur Wasserförderung, Be- und Entwässerung. Dabei sind geeignete Zusatzeinrichtungen wie elektrische Regelung, Batterien, Druckluftkompressoren oder Wasserpumpen häufig im Lieferprogramm mit enthalten. Der Einsatz von Windenergieanlagen hat damit besondere Bedeutung im landwirtschaftlichen Bereich.

Absicht der Schrift ist die Förderung der Anwendung umweltfreundlicher Technologien und erneuerbarer Energiequellen und die Unterstützung der Interessenten bei der Planung und Installation von Windenergieanlagen.

Das Arbeitspapier kann bezogen werden durch:

Arbeitsgruppe Angepaßte Technologie (AGAT),
Gesamthochschule Kassel,
Menzelstraße 13, Postfach 101380,
D-3500 Kassel
oder
ÖKO Buchversand, Gut Kressenbrunnen,
D-3523 Grebenstein

Tagungshinweise

„Ökonomische Grundlagen der Entwicklungspolitik", 23. – 25. November 1981, Evangelische Akademie, Postfach 1205, 3520 Hofgeismar 1

„Die Türkei: Politik — Gesellschaft — Kultur", 16. – 19. November 1981 und **„Geschichte, Inhalt und gesellschaftliche Bedeutung des Islam — Islam und Integration"**, 2. – 5. Dezember 1981
Beide Seminare: Jugendhof Vlotho, Oyenhhauser Str. 1, 4973 Vlotho

---

„Afghanistan", 4. – 6. Dezember in Vlotho, Information und Anmeldung: AKE, Postfach 1763, 4973 Vlotho

---

Provinz-Film-Festival in Wertheim, 10. – 13. Dezember 1981, Information und Anmeldung: Traum-A-Land e.V., Postfach 1334, 6970 Lauda

---

„Zur Situation der Frauen in Lateinamerika", 20. – 22. November in München (oder Frankfurt), Information und Anmeldung: AG SPAK, Reifenstuelstr. 8, München 5 (AK Freire)

Südafrika-Seminar, 22. – 24. Januar 1982, Mainz, Information: ESG, Kniebisstra. 29, 7000 Stuttgart 1
Lateinamerika-Seminar: Entwicklungsstrategien und die Politik der Sozialistischen Internationale, 29. – 31. Januar 1982, Mainz, Information: ESG (s. o.)

„Dritte Welt — Ein Thema für Kindergarten und Hort?", 11. – 13. Dezember 1981, Darmstadt, Information und Anmeldung: Abteilung Fort- und Weiterbildung, Stiftstr. 45 – 47, 6200 Darmstadt

---

„Exxon — oder Wie funktioniert eine freie Marktwirtschaft?", 3. – 5. Dezember 1981, Niedernhausen / Ts., Information und Anmeldung: AGG, Rheinweg 34, 53 Bonn

---

Rundbrief „AK Freire" Nr. 9 — befreiende Erziehung gegen politisches Analphabetentum, die Alphabetisierung ist ein politischer Akt, Volkserziehung in Nicaragua, Sprachunterricht als Erziehung zur Demokratie, Projekt Industriearbeit — viele Infos, Tips . . .
2,50 DM inkl. in Briefmarken bei AG SPAK (AK Freire), Reifenstuelstr. 8, 8 München 5

ZEITSCHRIFTENÜBERSICHT

AIB – Antiimperialistisches Informationsbulletin
Nr. 11/12 Nov. – Dez. 1981

AIB-Aktuell: Giftküche Washington ● Ägypten: Sadats Ende — Ein Schock für Washington ● Libanon/Palästina: Die Amerikaner testen uns ● Die Camp David-Verschwörung ● Südostasien: ASEAN — Neutralitätszone oder Spielball neokolonialer Interessen ● Indochina: Warum wird Vietnams Haltung zu Kampuchea nicht akzeptiert? ● Indochinesische Außenminister-Erklärung ● Indonesien: Geheimer Weltbank-Plan ● Formen des Widerstandes ● Vietnam: Im Umerziehungslager Ha Tay ● Kräfte, die einen Bürgerkrieg ansteuern ● Iran: Volksfedayin (Mehrheit) und Khomeini ● Afghanistan: Afghanische Rebellen III ● Afghanische Regierung zu einer politischen Lösung ● Türkei: Die besondere Situation der Kurden ● El Salvador: Erklärung des FMLN-Oberkommandos ● SI-Büro zu El Salvador ● Mexiko: Einheitserklärung er mexikanischen Linksparteien ●
Einzelpreis: 2,50 DM, ab 10 Ex. 33% Rabatt; Jahresabo: 25 DM. Bezug: AIB, Liebigstr. 46, 355 Marburg 1, Tel. 06421/24672

ila-info **Nr. 50, November 1981**
Schwerpunkt: Denn der Verlust unseres Landes ist der Tod unserer Kulturindianer in Lateinamerika ● Honduras: Drogen, Waffenhandel und ein versoffener Präsident — Situationsbericht ● Der neue Staat Belize: Historischer Abriß und Ausschau ● Friedrich-Ebert-Stiftung in der Dominikanischen Republik ● Ländernachrichten zu: Bolivien, Chile, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Peru und Uruguay ● Solidaritätsbewegung: Offener Brief zum Redeverbot der Dritte-Welt-Befreiungsbewegungen auf der Friedensdemonstration in Bonn ● Besuch nordamerikanischer und kanadischer Indianer in der BRD ● Honduranische Botschaft besetzt ● Mütter der ‚Plaza de Mayo' in der BRD ● Wanderausstellung aus Chile ● Berichte, Buchbesprechungen, Zeitschriftenschau
Einzelpreis 2,50 DM

Lateinamerika Nachrichten **Nr. 97, Oktober 1981**
BERICHTE: Westberlin: Gewaltsame Räumung instandbesetzter Häuser ● Bundesrepublik: Wann brennt der Elysee-Palast? Gegendarstellung ● El Salvador: Diplomatische Konterrevolution ● Brasilien: Grabenkämpfe unter den Militärs / Rechte der indianischen Völker und der Kirche / Priester ausgewiesen Revision des Urteils gegen Lula ● Bolivien: Präsidentschaftskarussel ● Chile: Papst, Enzyklika und Arbeiterrechte / Guerillafocus? / Kampf um Häuser hier und anderswo ● Honduras: Interview mit einem Mitglied des FMLH ● Mexiko: Präsident für 1982 – 1988 gewählt ● Peru: ULLOA — Der Zorn Gottes (und der Multis) / Terrorismus und Antiterrorismus / Angriff gegen das Streikrecht / Generalstreik vom 22. September ● SOLIDARITÄT: Aufruf von CAMUR (Chile ● Der letzte Tango in Huahuatenango ● Dokumentationsstelle Bewegung Blockfreier Staaten ● Nuclex-Demo ● Zeitschriftenschau
Lateinamerika-Nachrichten c/o FDCL, Savignyplatz 5, 1 Berlin 12; erscheint monatlich, Abopreis 35, DM, Einzelpreis 3,— DM

Solidarität **Nr. 60/61, 7. Jahrgang, Oktober 1981**
Inhalt: Schweizer Kirche und Dritte Welt — Am Antirassismusprogramm vorbei (Marcus Haas) ● Kirche wohin? (Ueli Mäder) ● Südafrika: Rückkehr zum kalten Krieg (Mascha Madörin) ● Von Vietnam bis Seveso (Rio Spirgi) ● Mali-man hat uns vergessen (Richard Heibling) ● Pharmakampagne — Die Haie in der „Dritten Welt" (Michael Schwan) ●

Solidarität, herg. SKAAL, Postfach 2009, CH-4001 Basel, SFr. 3,50

Gabi Meier

Eschhotzstr. 41

78 Freiburg

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt
M 3477 FX
iz3w
Postfach 5328
7800 Freiburg